# Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale

## *Trousse d'évaluation*

*Préparé à l'intention du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial*

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et des collaborateurs, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada ou des ministères provinciaux et territoriaux de la santé.

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

Also available in English under the title:
*Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports: A Resource Kit*

Et aussi a l'address Internet suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/services.htm

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001
N° de cat. H39-566/2001F
ISBN 0-662-85480-2

102-03569/

# Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale

## *Trousse d'évaluation*

*Préparé à l'intention du*

**Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial**

**par Kimberley McEwan, Ph.D. et Elliot M. Goldner, M.D.**
de l'Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires
Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique

*janvier 2001*

# Table des matières » » » » » » » »

**Remerciements** . . . . . i
**Sommaire** . . . . . iii

## ❖Première partie

Introduction . . . . . 1
1. Contexte . . . . . 1
2. Objectifs et méthodes . . . . . 3
2.1 Raison d'être et portée . . . . . 3
2.2 Démarche et méthodes . . . . . 4
2.3 Sélection d'un cadre conceptuel des indicateurs . . . . . 10

## ❖Deuxième partie

La reddition de comptes . . . . . 11
3. Contexte de la reddition de comptes . . . . . 11
3.1 Comparaison entre la gestion du rendement et le suivi du rendement : assurer la pertinence . . . . . 11
4. Le but ultime : les résultats des usagers . . . . . 13
5. Terminologie et postulats . . . . . 16
5.1 Définitions . . . . . 16
5.2 La matrice de rendement en santé mentale . . . . . 17
5.3 Autres postulats importants . . . . . 19

## ❖Troisième partie


Le lancement d'une initiative de suivi du rendement . . . . . 21

6. Le cycle de gestion du rendement . . . . . 21
   6.1 Étapes de l'examen du rendement . . . . . 22
7. Évaluation des capacités organisationnelles . . . . . 23
8. Choix des indicateurs . . . . . 24
9. Rapport sur le rendement . . . . . 25
   9.1 Contenu et public cible . . . . . 25
   9.2 Principes généraux . . . . . 25
   9.3 Lancer la production de rapports . . . . . 26
   9.4 Méthodes de diffusion . . . . . 27


## ❖Quatrième partie


Les outils du suivi du rendement . . . . . 29

10. Définition des groupes cibles . . . . . 29
    10.1 Définition de la maladie mentale grave . . . . . 29
    10.2 Estimation de la taille du groupe cible . . . . . 31
    10.3 Estimation du nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave dans les collectivités canadiennes . . . . . 34
11. Liste de contrôle des meilleures pratiques . . . . . 35
    11.1 Éléments additionnels aux meilleures pratiques . . . . . 36
    11.2 Un modèle pour le progrès de la réforme . . . . . 37

## ❖Quatrième partie

### Les outils du suivi du rendement (suite)


12. Suggestions d'indicateurs de rendement . . . . . 40

12.1 Acceptabilité . . . . . 41

12.1.1 Satisfaction des usagers et de leurs familles envers les services reçus . . . . . 41

12.1.2 Plaintes officielles . . . . . 41

12.1.3 Charte des droits . . . . . 42

12.1.4 Participation des usagers et de leurs familles aux décisions sur le traitement . . . . . 42

12.1.5 Participation des usagers et de leurs familles à la planification et à la prestation de services . . . . . 43

12.1.6 Sensibilité culturelle . . . . . 43

12.2 Accessibilité . . . . . 44

12.2.1 Prestation de services aux personnes atteintes de maladie mentale grave . . . . . 44

12.2.2 Prestation de services aux sans-abri . . . . . 45

12.2.3 Accès à des psychiatres . . . . . 45

12.2.4 Accès à des soins primaires . . . . . 45

12.2.5 Délai d'attente pour les services . . . . . 46

12.2.6 Accessibilité à des soins et à des services de transport en dehors des heures normales d'ouverture . . . . . 46

12.2.7 Refus de service . . . . . 46

## ❖Quatrième partie

### Les outils du suivi du rendement (suite)


12.2.8 Intervention hâtive . . . . . 47

12.2.9 Perception des usagers et de leurs familles envers l'accessibilité aux services . . . . . 47

12.3 Pertinence . . . . . 48

12.3.1 Existence de programmes principaux qui adhèrent aux pratiques exemplaires . . . . . 48

12.3.2 Fidélité des pratiques exemplaires à l'égard du modèle établi . . . . . 49

12.3.3. Mise en œuvre de services de soins et de soutien fondés sur les pratiques exemplaires . . . . . 49

12.3.4 Protocoles de traitement pour les cas de comorbidité . . . . . 49

12.3.5 Taux de réadmission dans les hôpitaux . . . . . 50

12.3.6 Taux d'hospitalisation forcée . . . . . 50

12.3.7 Durée moyenne des séjours hospitaliers . . . . . 50

12.3.8 Recours à l'isolement et à des dispositifs de retenue . . . . . 51

12.3.9 Choix du milieu de traitement le moins restrictif . . . . . 51

12.3.10 Affectation de fonds suffisante . . . . . 51

12.3.11 Perception des usagers et de leurs familles de la pertinence des services . . . . . 52

12.4 Compétence . . . . . 52

12.5 Continuité . . . . . 53

12.5.1 Mécanismes de continuité . . . . . 54

12.5.2 Recours aux services des salles d'urgence . . . . . 54

12.5.3 Suivi après l'hospitalisation . . . . . 54

## ❖Quatrième partie

### Les outils du suivi du rendement (suite)


12.5.4 Mécanisme de rémunération des généralistes pour les consultations . . . . . 55
12.5.5 Élaboration de plans de suivi après le congé . . . . . 55
12.5.6 Suivi des usagers . . . . . 55
12.5.7 Rapatriement des personnes atteintes de mal die mentale grave . . . . . 56
12.5.8 Unification de la reddition de comptes . . . . . 56
12.6 Efficacité . . . . . 56
12.6.1 Situation de vie communautaire . . . . . 56
12.6.2 Taux de mortalité . . . . . 57
12.6.3 Taux de délinquance ou de criminalité . . . . . 57
12.6.4 État de santé . . . . . 58
12.6.5 Capacités fonctionnelles . . . . . 58
12.6.6 Situation professionnelle . . . . . 59
12.6.7 Situation domiciliaire . . . . . 59
12.6.8 Situation financière . . . . . 60
12.6.9 Qualité de vie . . . . . 60
12.6.10 Absence de diagnostic des usagers . . . . . 60
12.7 Efficience . . . . . 61
12.7.1 Sommes consacrées aux soins de la santé mentale par personne . . . . . 61
12.7.2 Coût du personnel administratif . . . . . 61
12.7.3 Formule d'affectation des fonds en fonction des besoins . . . . 62

## ❖Quatrième partie

Les outils du suivi du rendement (suite)


12.7.4 Équilibre entre les établissements de santé et le milieu communautaire . . . . . 62
12.7.5 Planification de l'affectation des fonds . . . . . 62
12.7.6 Coût unitaire et coût par patient . . . . . 62
12.7.7 Budget annuel de l'évaluation et du suivi du rendement . . . . 63
12.8 Sécurité . . . . . 63
12.8.1 Complications attribuables à la sismothérapie . . . . . 63
12.8.2 Erreurs médicales et effets secondaires . . . . . 64
12.8.3 Incidents graves impliquant des usagers . . . . . 64
12.8.4 Suicides . . . . . 64
12.8.5 Homicides . . . . . 65
12.9 Caractéristiques du système de santé et des collectivités . . . . 65
12.10 Paramètres des indicateurs . . . . . 68
13. Liste de contrôle . . . . . 75

**Annexe A** Équipe du projet . . . . . 77
**Annexe B** Questionnaire de l'enquête sur les indicateurs de rendement . . . . . 79
**Annexe C** Cadre conceptuel des indicateurs de rendement sur la santé mentale . . . 81

**Références bibliographiques** . . . . . 83

# Remerciements

Les auteurs et l'équipe du projet aimeraient remercier les nombreuses personnes qui ont relu la présente trousse dont Sue Beardall, David Berger, Janet Durbin, Gyles Glover, Paula Goering, Jane Hutchison, Peter Pendergast, Caroyln Pullen et Bonnie Thiessen. Nous aimerions remercier spécialement Edna Kamis-Gould de l'Université de la Pennsylvanie de ses nombreux conseils sur les questions techniques et fondamentales du document. Nous aimerions également remercier l'Association canadienne pour la santé mentale de sa contribution à ce document. Enfin, nous tenons à remercier Anne Mullens de son travail de recherche et de révision.

Les membres du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial ont également joué un rôle de premier plan dans la direction du projet pour en assurer la pertinence envers les gouvernements, les autorités régionales en santé mentale et les gestionnaires de programmes de santé mentale soucieux d'en suivre le rendement. Nous aimerions remercier spécialement la présidente du Réseau, Paula Pasquali, de ses commentaires judicieux et ponctuels au moment de la préparation de ce document et ainsi que Carl Lakaski, Coordinateur du projet.

*ndicateurs de rendement et de reddition de comptes*
*pour les services de soins et de soutien en santé mentale*

# Sommaire

Ce document a été préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial (le Réseau sur la santé mentale). Le Réseau sur la santé mentale veut promouvoir la prise de décisions fondées sur des données fiables en tant que principe fondamental de la réforme de la santé mentale. Conformément à cette orientation, le Réseau sur la santé mentale a publié trois documents portant sur les meilleures pratiques des politiques et programmes de santé mentale : *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins en santé mentale — Document de discussion* (1997); *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins en santé mentale — Analyse situationnelle* (1997); et *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins en santé mentale* (1998). Le présent document complète cette trilogie en fournissant une trousse sur les indicateurs de rendement visant à faciliter la reddition de comptes et l'évaluation continues des services de soins et de soutien en santé mentale.

Notre objectif est de présenter aux utilisateurs de la trousse les concepts clés de la reddition de comptes et du suivi du rendement en plaçant l'accent sur le suivi des indicateurs de rendement en fonction de buts et d'objectifs clairement établis. Le choix des indicateurs doit être relié aux décisions touchant l'affectation de ressources, l'orientation de politiques ou la modification de politiques et systèmes. Nous y décrivons les étapes clés du cycle de gestion du rendement dans le but d'améliorer la pertinence des mesures de suivi.

Les indicateurs de rendement que nous présentons ont été adoptés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et portent sur les huit domaines suivants : acceptabilité, accessibilité, pertinence, compétence, continuité, efficacité, efficience et sécurité. De plus, les indicateurs sur les intrants, les processus et les résultats reflètent le rendement au palier des systèmes, programmes, et patients et usagers. Le secteur de la santé mentale commence à peine à recourir à des indicateurs de rendement. Conséquemment, de nombreux indicateurs devront être considérés comme des instruments permettant de mesurer la conformité à une orientation ou à une politique stratégique plutôt que comme de réels indicateurs du rendement organisationnel. Ceci est plus particulièrement vrai lorsqu'on évalue à quel point les services régionaux se conforment aux meilleures pratiques des principaux programmes. Ces pratiques ne constituent pas nécessairement des indicateurs de rendement facilement quantifiables et exigent un certain jugement afin de déterminer à quel point les divers éléments clés sont présents dans un système de soins donné. Toutefois, le Réseau sur la santé mentale estime que ces indicateurs et autres indicateurs de progrès de la réforme de la santé mentale avaient leur place dans la présente trousse compte tenu de l'évolution de la pratique de la mesure du rendement dans de nombreux territoires et provinces.

Un des aspects importants de la reddition de comptes en santé mentale consiste à déterminer à quel point on répond aux besoins des groupes prioritaires. Conséquemment, le point de mire de la trousse porte sur les services de soins et de soutien aux personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale ainsi qu'aux personnes moins atteintes mais souffrant de problèmes ayant une importance sur le plan social ou économique. Nous décrivons ces groupes cibles plus en détail à la section 10 de la trousse en plus de fournir une estimation de leur taille dans chaque province et territoire. De nombreux indicateurs suggérés s'appliquent à la prestation de soins aux personnes membres de ces groupes.

# *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale*

# PREMIÈRE PARTIE 1

## Introduction

### 1. Contexte

Les années 1980 et 1990, malgré l'expansion des services communautaires et la désinstitutionalisation des patients, ont révélé que les personnes souffrant de maladies mentales débilitantes ne recevaient pas un soutien adéquat et qu'une réforme des soins de la santé mentale s'imposait. Dans bon nombre d'autorités administratives canadiennes, la réaffectation des fonds du secteur institutionnel au secteur communautaire s'était avérée insuffisante ou mal orientée pour soutenir les services de soins et de soutien aux usagers les plus vulnérables. Au cours de la même période, on accumulait de plus en plus de connaissances sur les méthodes les plus efficaces pour répondre aux besoins complexes des personnes souffrant de maladie grave et ainsi améliorer leur fonctionnement et leur qualité de vie. De plus, on commençait à reconnaître l'avantage de faire participer les usagers et les membres de leurs familles à la planification des soins. Pris ensemble, ces éléments allaient servir de fondement à la détermination des pratiques exemplaires de la réforme des soins en santé mentale.

La réforme des soins en santé mentale se déroule dans le cadre d'un grand mouvement pour placer l'exercice des pouvoirs en matière de services de la santé au palier communautaire. Conséquemment, les planificateurs au palier provincial ou territorial ont joint leurs efforts à ceux des autorités régionales de santé pour mettre en œuvre un processus de réforme. Reconnaissant le besoin en connaissances spécialisées dans ce domaine, le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial a commandé une série de documents pour soutenir la réforme dans l'ensemble du pays.

Jusqu'à maintenant, l'Unité de recherche sur les systèmes de santé de l'Institut psychiatrique Clarke a produit trois documents : *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins en santé mentale — Document de discussion* (1997); *Examen des meilleures pratiques de réforme des soins en santé mentale — Analyse situationnelle* (1997); et *Examen des meilleures pratiques de la Réforme des soins en santé mentale* (1998). Ces documents illustrent ce qui peut être fait et ce qui devrait être fait dans un système réformé de soins en santé mentale à l'intention des personnes atteintes de maladies graves.

La Liste de contrôle des meilleures pratiques cerne les éléments clés d'une réforme réussie tant à l'égard des programmes que des stratégies systémiques. Cette liste constitue un modèle d'inspiration pour mettre en œuvre des meilleures pratiques dans les domaines suivants :

***Principaux programmes***

- Gestion de cas et traitement communautaire dynamique
- Intervention en cas de crise et services d'urgence
- Logement
- Soins en cliniques interne et externe
- Initiatives des usagers
- Aide autonome familiale
- Soutien à l'éducation et à la formation professionnelle

***Stratégies systémiques***

- Élaboration de politiques
- Suivi et évaluation
- Exercice des pouvoirs et financement
- Gestion des ressources humaines

Le modèle constitue une synthèse des données scientifiques et de l'opinion des experts sur les meilleures pratiques qui s'appliquent à la réforme des soins en santé mentale, établissant ainsi un cadre de mise en œuvre. Le Réseau sur la santé mentale a donc recommandé d'utiliser les documents sur les meilleures pratiques en tant que lignes directrices pour la planification de services et en tant que critères pour l'évaluation du rendement. À cette fin, à l'automne 1999, il a commandé la conception d'une trousse pour répondre aux besoins en évaluation de rendement pour les systèmes de soins en santé mentale en voie de réforme. Le suivi du rendement est essentiel à la reddition de comptes car il permet de déterminer si les politiques, les initiatives et les plans adoptés dans le cadre de la réforme des soins de la santé mentale sont mis en œuvre avec succès et obtiennent les résultats escomptés pour les personnes atteintes de maladie mentale.

La présente trousse est conçue pour faciliter le suivi des services de soins et de soutien dans le cadre d'un système de soins réformé. Four ce faire, on fait principalement appel à une série d'indicateurs pour évaluer le rendement aux paliers du système, des programmes et des usagers. Étant donné que la réforme des soins en santé mentale vise à améliorer les soins prodigués aux adultes atteints de maladies graves, la présente trousse place l'accent sur l'évaluation des soins qu'ils reçoivent. Ce groupe cible comprend deux sous-groupes, constitués de personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale et de personnes moins atteintes mais souffrant de problèmes ayant une importance sur le plan social ou économique. Les membres du premier sous-groupe affichent des symptômes prononcés de maladie mentale et souffrent d'une invalidité marquée. Les membres du deuxième sous-groupe affichent des symptômes moins sévères mais souffrent néanmoins d'une incapacité fonctionnelle importante. Dans le cadre du présent document, nous utiliserons l'expression « maladie mentale grave » en parlant des deux sous-groupes.

## 2. Objectifs et méthodes

### 2.1 Raison d'être et portée

L'objectif de cette trousse est de fournir des indicateurs pertinents aux responsables provinciaux et territoriaux qui désirent évaluer les services de soins et de soutien en santé mentale dans le cadre des initiatives régionales de réforme.

La trousse comporte des indicateurs de rendement sur la prestation des soins ainsi que les résultats obtenus par les personnes atteintes de maladie mentale à la suite de ces soins. Comme nous l'avons déjà mentionné, le groupe cible[1] se divise en deux sous-groupes ainsi définis :

a) les personnes atteintes de maladie mentale grave;

b) les personnes moins atteintes mais souffrant de problèmes ayant une incidence sociale ou économique.

La trousse vise plus particulièrement les services de soins et de soutien en santé mentale dont la fonction première est le traitement, la réadaptation et le soutien communautaire aux personnes atteintes de maladie mentale grave. Il s'agit donc d'une vaste gamme de services de santé et de soutien communautaires offerts dans le cadre des principaux programmes affichant les meilleures pratiques. En plus des meilleures pratiques de ces programmes, nous avons ajouté deux meilleures pratiques : les soins primaires et l'intervention hâtive. Compte tenu du large continuum de services dont il est question, la trousse comporte des indicateurs qui s'adressent aux hôpitaux comme au secteur des services payés et au secteur traditionnel des services communautaires.

La trousse constitue réellement une sorte de « coffre d'outils » pour faciliter le suivi du rendement. Elle fournit le soutien technique nécessaire en cernant les étapes clés de l'évaluation de rendement et en suggérant des mesures et des indicateurs de rendement. L'ensemble des mesures ne constitue ni un cadre d'évaluation de suivi du rendement ni un modèle pouvant servir aux systèmes de soins de la santé mentale des différentes autorités administratives. La trousse présente plutôt une gamme d'indicateurs dont certains seront constitués en un sous-ensemble une fois qu'un cadre d'évaluation de rendement ou de reddition de comptes sera établi.

Les utilisateurs ne peuvent pas et ne devraient pas s'efforcer de recueillir des données en fonction de tous les indicateurs. Ils devront plutôt choisir de colliger des données sur les enjeux prioritaires propres à chacune des autorités administratives et produire ensuite les rapports pertinents.

---

[1] Dans le présent document, nous utiliserons les mots « patients » et « usagers » selon le cas. Aucun consensus n'existe sur la terminologie pour désigner les membres du groupe cible. Ce dernier est constitué de personnes atteintes de maladie mentale grave et vise à la fois les personnes qui bénéficient d'un programme officiel de soins et les personnes qui n'en reçoivent pas actuellement mais auraient avantage à le faire.

Bien que nous ayons orienté nos efforts vers les aspects techniques de l'évaluation de rendement, une bonne démarche conceptuelle au départ permettra une véritable gestion du rendement, plutôt qu'un simple suivi, et rehaussera l'utilisation de l'information sur le rendement. La deuxième partie de la trousse porte sur les aspects conceptuels du suivi du rendement et de la reddition de comptes en plaçant l'accent sur l'importance de choisir des indicateurs de rendement qui reflètent les besoins uniques et l'orientation stratégique des différentes autorités administratives. Le lecteur y trouvera également une définition des termes employés. La troisième partie porte sur les éléments du cycle de la gestion du rendement. La quatrième partie de la trousse précise les outils particuliers d'un suivi efficace en dressant l'inventaire des différents indicateurs de rendement. Nous aimerions préciser que ce répertoire n'est ni exhaustif ni complet car le nombre d'indicateurs est très élevé pour chacune des facettes du rendement. Les indicateurs que nous mentionnons sont représentatifs des indicateurs potentiels et reflètent les idées et réflexions des patients et usagers, cliniciens, chercheurs et fonctionnaires que nous avons consultés au cours de l'élaboration de la trousse.

Les indicateurs que nous suggérons reflètent à la fois le rendement objectif et le rendement fondé sur la valeur (Kamis-Gould, 2000). Le rendement objectif touche les domaines comme la réduction des coûts, l'utilisation des services et les résultats cliniques. Le rendement selon la valeur touche des domaines de rendement qui sont souhaitables mais qui ne sont pas soutenus par des données scientifiques. Ces domaines comprennent l'établissement des priorités de services pour divers groupes cibles, la participation active des usagers et de leurs familles à la planification des services et des traitements, le rapatriement des usagers dans leur région et autres.

## *2.2* Démarche et méthodes

La présente trousse a été élaborée par l'Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires (UESMCM) de l'Université de la Colombie-Britannique en partenariat avec la division provinciale de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM).

### *L'équipe de projet*

L'équipe pluridisciplinaire de l'UESMCM (dont le lecteur trouvera la liste des membres à l'annexe A) combine le savoir-faire et les connaissances de personnes ayant des aptitudes en recherche et de l'expérience des soins de santé qui partagent un intérêt envers l'élaboration d'indicateurs de rendement de système avec des défenseurs de la santé mentale.

L'UESMCM a été mise sur pied pour entreprendre des recherches sur l'amélioration des systèmes de prestation de soins en santé mentale. Travaillant de concert avec le gouvernement, les autorités de la santé et d'autres organismes, l'UESMCM vise à servir de lien entre les initiateurs de politiques, les prestataires de soins, et les usagers et leurs familles. L'UESMCM joue un rôle de chef de file de la réforme des soins en santé mentale en Colombie-Britannique en fournissant des renseignements fondés sur des preuves au

sujet de la modification des services de soins en santé mentale. À l'Université de la Colombie-Britannique, l'UESMCM fonctionne sous le département de psychiatrie et est reliée aux départements de soins de santé, d'épidémiologie et de soins familiaux en plus d'être affiliée au centre de recherche sur les politiques et services de santé et au centre des sciences sur l'évaluation et les résultats de la santé.

L'UESMCM a bénéficié d'un partenariat avec l'Association canadienne pour la santé mentale qui s'est chargée de coordonner l'apport des patients et usagers et de leurs familles à la présente trousse grâce aux liens qu'elle entretient avec la Société canadienne de schizophrénie, le Réseau sur la santé mentale et le Conseil consultatif national des utilisateurs de services. L'Association canadienne pour la santé mentale a établi un réseau étendu d'usagers et de membres de leurs familles pour passer en revue la trousse afin que les indicateurs reflètent les priorités des usagers. De plus, la division provinciale de l'Association a joué un rôle important au cours des étapes initiales du projet et a participé à l'élaboration de la trousse.

### *Cueillette de l'information*

Nous avons d'abord entrepris une recherche dans les bases de données sur les publications portant sur la médecine et la santé. Nous avons trouvé plusieurs études sur l'évaluation des programmes de santé mentale et des rapports sur les résultats obtenus par les usagers. Toutefois, nous n'avons trouvé qu'un nombre restreint de mémoires sur les efforts rigoureux de suivi du rendement au sein du secteur de la santé mentale. Les renseignements que nous avons trouvés à ce sujet, tant au Canada qu'ailleurs au monde, proviennent principalement d'une recherche de documents sur le Web et d'entrevues réalisées avec des personnes clés des secteurs universitaire et public. Étant donné que le suivi du rendement du système de soins en santé mentale est une entreprise relativement nouvelle au Canada, la plupart des documents pertinents nous viennent des États-Unis, de la Grande-Bretagne et de l'Australie.

Notre examen des documents pertinents portait sur le contenu et les démarches des activités de suivi du rendement effectuées ailleurs. Nous nous sommes particulièrement penchés sur les systèmes de suivi orientés vers les usagers dont les mesures vont des plus simples aux plus sophistiquées (Mental Health Statistics Improvement Program [MHSIP], 1999; Ohio, 1998; Rose et al., 1998). De tels systèmes sont fondés sur les déclarations, les expériences ou les caractéristiques des usagers comme source première de données servant à l'évaluation du rendement. Certaines démarches combinent les résultats des usagers et les indicateurs de rendement du système et reflètent donc une perspective différente. Par exemple, l'association américaine des directeurs de programmes publics de santé mentale a élaboré un cadre de suivi du rendement de ce type (National Association of State Mental Health Program Directors [NASMH], 1998). Ce cadre a été repris par Kamis-Gould et Hadley pour le Human Services Research Institute (HSRI) aux États-Unis afin d'évaluer l'incidence des services et systèmes sur la vie des personnes atteintes de maladie mentale grave (HSRI, 1996). Dans tous les systèmes que nous avons étudiés, nous nous sommes intéressés aux domaines de rendement et aux indicateurs retenus pour

chacun d'eux. Enfin, nous avons examiné les publications gouvernementales étrangères qui faisaient état du rendement du système de soins en santé mentale (Australie, 1997).

Nous avons noté le nom des personnes associées aux diverses initiatives relevées dans notre examen de la littérature puis nous les avons consultées. Au Canada, nous avons également effectué des entrevues avec des membres du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial ainsi qu'avec les représentants clés des provinces et territoires qu'ils nous ont suggérés. De plus, nous avons demandé aux membres du Réseau de remplir un bref questionnaire sur l'état de la réforme et le suivi des soins en santé mentale dans leurs provinces et territoires (le lecteur trouvera une copie du questionnaire à l'annexe B et les résultats au tableau 1).

### *Consultation et collaboration au palier national*

Un des aspects importants de l'élaboration de la trousse a certainement été l'établissement de liens entre les organisations nationales intéressées à l'information et à la surveillance au sujet de la santé dont plus particulièrement l'Institut canadien d'information sur la santé, la Canadian Alliance on Mental Health and Mental Illness, le Laboratoire de lutte contre la maladie et le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Dans le cadre de son initiative *Carnet de route*, l'Institut canadien d'information sur la santé a mis sur pied le projet sur la santé mentale et la toxicomanie afin de répondre à un besoin national d'établir une gamme commune d'indicateurs et d'en convenir, et de colliger des données en fonction de ceux-ci (ICIS, 1999). L'objectif du projet est d'élaborer et de mettre à

**Tableau 1 – Résultats du sondage auprès des membres du Réseau sur la santé mentale**

Selon les membres,

- la réforme a permis des progrès substantiels ou minimaux selon les provinces et territoires;
- la plupart des provinces et territoires ont adopté un plan officiel de réforme des soins en santé mentale;
- ces plans ne comportent pas toujours des objectifs précis de changement ou des stratégies pour suivre les progrès vers les objectifs de la réforme;
- de nombreux territoires et provinces ont déclaré leur intention d'améliorer la reddition de comptes au sein du secteur de la santé mentale mais peu d'entre eux ont adopté un plan à cet égard;
- la portée actuelle des activités de suivi du rendement au sein du secteur de la santé mentale varie beaucoup selon les provinces et territoires tout comme les rapports produits à l'intention des intéressés;
- aucun territoire ou province ne produit actuellement de rapports réguliers sur le rendement du secteur de la santé mentale pour les intéressés;
- dans certains cas, les rapports ministériels ou gouvernementaux sur le rendement des services de soins de santé comportent un faible nombre d'indicateurs sur la santé mentale.

l'essai des indicateurs prioritaires qui serviront à la planification, à la gestion et à l'évaluation efficaces des services de santé mentale et de toxicomanie au palier régional. L'élaboration des indicateurs portera principalement sur les domaines qui touchent la santé mentale *et* la toxicomanie. Les indicateurs seront choisis selon un cadre élaboré à l'occasion de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population (ICIS, 1999). Les indicateurs retenus seront adaptés aux établissements de santé physique et psychiatrique ainsi qu'aux services de santé communautaires qui sont remboursés totalement ou en partie par les régimes de santé publics. Les intéressés participeront au projet grâce à diverses activités dont un sondage national ciblé, une consultation nationale et la collaboration continue d'un groupe d'experts-conseils. L'élaboration des indicateurs sera faite en deux étapes. La première portera sur les indicateurs qui peuvent reposer sur les sources de données actuelles tandis que la deuxième portera sur les indicateurs qui feront appel à de nouveaux types et sources de données.

▲—L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale coordonne un autre projet en collaboration avec le Centre de prevention et de contrôle des maladies chroniques afin d'établir un système de suivi de la santé mentale au Canada. L'objectif de ce système est de fournir des données bien organisées et de haute qualité aux décideurs et aux initiateurs de politiques à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement (Stewart, 1999). Son objectif global est de colliger des données qui reflètent les résultats de santé et de programmes consensuels qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population. Le système de suivi envisagé comprendra des renseignements descriptifs généraux dont la prévalence des facteurs de risque et des problèmes de santé mentale, la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale, les taux et les causes de mortalité, et l'accès aux services de soins en santé mentale et leur utilisation. En ce moment, le projet fait l'objet d'un examen alors que l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale cherche à obtenir le financement et l'appui nécessaires à sa réalisation.

▲—Dans le cadre de son nouveau programme d'accréditation MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation), le Conseil canadien d'agrément des services de santé a entrepris une enquête nationale pour cerner les indicateurs de la qualité au sein des organisations accréditées. Le Conseil a demandé aux divers intéressés des programmes de services de soins de santé de cerner les plus importants indicateurs pour le suivi de la qualité et l'amélioration des installations. Jusqu'à maintenant, le Conseil a produit une liste

**Tableau 2 – Indicateurs obtenus par le Conseil canadien d'agrément des services de santé sur les soins en santé mentale à la suite d'une enquête nationale**

| Indicateur | Qualité recherchée |
|---|---|
| ■ Satisfaction des usagers | ■ Participation, communication et accessibilité |
| ■ Délai entre l'aiguillage initial ou l'admission et l'évaluation initiale | ■ Ponctualité |
| ■ Documentation de la *participation de l'usager à la* planification de son traitement | ■ Participation |
| ■ Listes d'attente<br>- Admission au traitement<br>- Épreuve diagnostique<br>- Soins et services de suivi | ■ Ponctualité |
| ■ Modification de l'état de santé rapportée par l'usager | ■ Efficacité |
| ■ Durée d'attente moyenne sur les listes d'attente | ■ Ponctualité |
| ■ Documentation sur la discussion avec l'usager des risques et des avantages des différentes possibilités de traitement | ■ Communication |
| ■ Taux d'occupation | ■ Pertinence |
| ■ Incidents impliquant des usagers | ■ Sécurité |
| ■ Délai moyen de la résolution des plaintes | ■ Respect et empathie |

d'indicateurs dans sept domaines de soins (soins aigus, oncologie, soins communautaires, soins à domicile, soins de longue durée, soins en santé mentale et services de réadaptation) ainsi que des indicateurs pour les services de soutien. Le Conseil travaille actuellement avec les intéressés à finaliser cette liste. Le tableau 2 porte sur les indicateurs retenus des soins en santé mentale.

▲La Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs (OFCMHAP) a également lancé un projet méritoire, celui de l'élaboration d'une version canadienne d'une trousse d'outils pour évaluer les résultats de la réadaptation psychosociale produite par la International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (OFCMHAP, 1999). La trousse a été produite pour aider les responsables des programmes de réadaptation psychosociale à colliger des données fiables qui décrivent les caractéristiques des usagers et leur état psychosocial, afin de permettre l'évaluation des programmes. Cette trousse connaît du succès car elle permet de colliger des données dans plusieurs domaines (hospitalisation; statut résidentiel et professionnel des usagers; niveau de

scolarité; situation financière et statut légal), et en raison de la simplicité des mesures et de la validité inhérente des données.

L'Institut canadien d'information sur la santé a produit en mai 2000 un document de travail intitulé *Mental Health and Addictions Services: Review of Health Information Standards* qui consiste en un examen exhaustif des initiatives nationales de recherche et de développement susceptibles d'avoir une incidence sur les normes de l'information sur la santé mentale.

### *Utilisation des fiches de rendement*

Baker et ses collègues (hiver 1998-1999) décrivent les fiches de rendement comme un moyen de rehausser la reddition de comptes dans le secteur de la santé en documentant publiquement les mesures de rendement des programmes et des activités des établissements. Leur examen des fiches de rendement dans le contexte élargi du système de soins de santé du Canada démontre que leur utilisation varie considérablement d'une province à l'autre. La démarche fondée sur les fiches de rendement diffère de la démarche du pointage qui comporte un éventail de mesures pour la prise de décisions internes. On a élaboré le concept de la fiche de rendement pour permettre de comparer les données sur les praticiens, les hôpitaux et les organisations et systèmes de soins de santé que pourraient utiliser les autorités publiques, les usagers ou les patients. L'utilisation des fiches de rendement dans le secteur de la santé mentale dépendra de la précision des activités de mesure du rendement au sein des diverses autorités administratives.

## *2.3* Sélection d'un cadre conceptuel des indicateurs

Afin d'assurer l'uniformité avec d'autres initiatives nationales, le Réseau sur la santé mentale a décidé de s'inspirer du *Cadre conceptuel des indicateurs de la santé* de l'Institut canadien d'information sur la santé pour constituer le cadre conceptuel de la présente trousse. Le cadre, reproduit à l'annexe C, constitue toutefois un modèle exhaustif portant sur la santé de la population et les catégories des indicateurs de la santé. Compte tenu que la portée de la présente trousse se limite aux indicateurs de prestation de services de soins et de soutien en santé mentale, nous n'avons adopté que deux des quatre paliers du cadre. Le tableau 3 porte sur ces deux paliers, les catégories d'indicateurs et une définition de chacune.

**Tableau 3 – Sections du *Cadre conceptuel des indicateurs de la santé* de l'Institut canadien d'information sur la santé adoptées pour l'élaboration de la trousse**

| **Rendement du système de soins de santé** | | | |
|---|---|---|---|
| **Acceptabilité** | **Accessibilité** | **Pertinence** | **Compétence** |
| Soins et services répondant aux attentes des usagers, de la collectivité, des prestataires et des bailleurs de fonds | Capacité des usagers et des patients à obtenir des soins ou des services au bon endroit et au bon moment, selon les besoins | Soins et services correspondant aux besoins des usagers et des patients et se fondant sur des normes établies | Connaissances et habiletés d'un individu appropriées aux soins et services fournis |
| **Continuité** | **Efficacité** | **Efficience** | **Sécurité** |
| Capacité de fournir des soins et des services ininterrompus et coordonnés entre les programmes, praticiens, organismes et niveaux de soins ou de services au fil du temps | Soins et services, intervention ou action produisant les résultats voulus | Résultats voulus obtenus par l'utilisation des ressources la plus rentable | Risques d'une intervention ou risques créés par l'environnement évités ou réduits au minimum |
| **Caractéristiques communautaires et du système de soins de santé** | | | |
| Caractéristiques communautaires et du système de soins de santé qui, bien qu'elles ne soient pas des indicateurs de l'état de santé ou du rendement du système de santé, présentent une information contextuelle utile. | | | |

# La reddition de comptes

## 3. Contexte de la reddition de comptes

On peut définir la reddition de comptes dans le secteur public comme le fait de rendre compte des responsabilités confiées par le public. Pour le secteur de la santé mentale, il serait plus significatif de définir la reddition de comptes comme l'obligation de démontrer que les politiques et programmes atteignent les résultats escomptés. Ces résultats doivent être explicites et représenter les buts et objectifs des services de soins et de soutien de chaque province, territoire ou autorité administrative. Le rendement se définit ensuite comme le degré de progrès accomplis vers les buts et objectifs.

La présence de buts et objectifs clairs est essentielle à l'orientation de la réforme des soins en santé mentale et permet de s'assurer que les changements ou améliorations apportés dans le cadre de la réforme se conforment aux objectifs stratégiques globaux. La plupart des autorités administratives qui ont entamé une réforme des soins en santé mentale ont adopté une politique ou un cadre stratégique pour orienter la mise en œuvre de leur réforme. La reddition de comptes à l'égard du rendement constitue un élément fondamental d'un tel cadre.

Bien que la reddition de comptes pour les fonds publics soit une exigence dans la plupart voire la totalité des autorités administratives canadiennes, les rapports sur le rendement financier et opérationnel n'y sont pas reliés de manière routinière. Dans leur examen des pratiques redditionnelles au sein du système de soins de santé canadien, MacDonald et Shortt (1999) ont noté que l'environnement politique et culturel dicte l'accent qui sera mis sur la reddition de comptes ainsi que les mécanismes afférents. On doit également reconnaître que le suivi du rendement exige des ressources considérables. L'affectation de ces ressources relève d'une décision politique fondée en partie sur la perception des avantages que procurent les renseignements sur le rendement (MHSIP, 1999).

### 3.1 Comparaison entre la gestion du rendement et le suivi du rendement : assurer la pertinence

Le suivi du rendement consiste à suivre les progrès accomplis vers une cible fixée. Effectué dans le contexte d'un plan d'activités ou d'un cadre politique clairement établi, il constitue un outil de gestion de premier choix. Lorsqu'on suit des indicateurs sans liens clairs avec les objectifs organisationnels, leur utilité en souffre. Des données qui sont tangentes aux enjeux clés de la gestion ne peuvent servir à prendre des décisions éclairées quant à la prestation des services de soins en santé mentale et elles sont peut-être même parfaitement inutiles. De plus, des systèmes de suivi du

rendement laissés sans surveillance peuvent générer des quantités impressionnantes de données qui coûtent à l'organisation.

Bien que les efforts de suivi du rendement soient beaucoup plus communs depuis dix ans, on trouve parfois des cas où le suivi devient une fin en soi. Dans ces cas, les activités de suivi ne sont plus reliées à la gestion du rendement. Par exemple, on peut songer à un programme de traitement qui ferait le décompte des usagers souffrant de comorbidité toxicomane sans s'être donné l'objectif d'offrir un traitement concomitant. Au palier systémique, établir la moyenne de la durée des séjours en unités de soins aigus sans se référer à un modèle établi n'aide en rien la prise de décisions. De telles données peuvent toutefois servir à la planification et permettre d'articuler clairement des objectifs organisationnels.

### *Activités essentielles de gestion du rendement*

Les trois activités essentielles de la gestion du rendement efficace sont les suivantes (Sheldon, 1998) :

i. la mesure du rendement;

ii. l'interprétation et l'application des résultats;

iii. les actions subséquentes aux résultats.

Les buts d'un système de soins en santé mentale sont complexes et pluridimensionnels et ils reflètent les valeurs du grand public, des usagers et d'un groupe varié d'intéressés. Les progrès réalisés vers ces buts peuvent être mesurés facilement dans certains cas et non dans d'autres. Le défi consiste donc à cerner les meilleurs indicateurs et mesures possibles. Toutefois, même les meilleurs indicateurs ne donneront qu'une image imparfaite du rendement réel d'un système (Royaume-Uni, Audit Commission, 1999). Chaque autorité administrative ou organisme devra choisir des indicateurs qui conviennent à ses priorités et à sa situation particulière.

La majorité des administrateurs des services et systèmes de soins en santé mentale utiliseront les données sur le rendement lorsqu'on a préalablement convenu de prendre des mesures en fonction de celles-ci. Le suivi du rendement fournit de l'information de gestion qui permet de prendre des décisions éclairées si les administrateurs choisissent d'appliquer les résultats obtenus. Les résultats des activités de suivi du rendement doivent parvenir de manière régulière aux gestionnaires lorsqu'ils doivent prendre des décisions sur l'affectation des ressources, l'orientation politique et toute modification aux systèmes ou programmes.

Lorsque les intéressés ont des attentes claires et demandent qu'on intervienne dans des domaines où le rendement est faible, cela encourage l'utilisation des résultats du suivi du rendement. Une fois que les résultats auront été interprétés, on devra élaborer un plan d'action. De quelle façon les résultats modifieront-ils l'orientation des politiques, l'affectation de ressources ou l'exécution des programmes? Les résultats pointent-ils vers une réorientation des stratégies et des politiques ou vers la modification des objectifs ou cibles de rendement (Reid, 1999)? Malheureusement, non seulement les indicateurs de rendement ne fournissent-ils pas toujours des indications claires, ils soulèvent parfois de nouvelles questions.

Les mesures entreprises en fonction des résultats du suivi du rendement devraient aussi comprendre un régime d'incitatifs et de récompenses. Junek et Thompson (1999) ont souligné l'importance de concevoir des mesures incitatives efficaces pour aider les organisations à maintenir le cap et motiver une amélioration du rendement. Les mesures incitatives et les récompenses pour une meilleure efficacité et un rendement supérieur contrebalancent les facteurs qui tendent à faire dévier une organisation de ses buts et objectifs établis.

## 4. Le but ultime : les résultats des usagers

### *La qualité de vie*

Les décideurs et prestataires du secteur des soins en santé mentale doivent d'abord et avant tout rendre compte aux publics qu'ils desservent, c'est-à-dire les usagers et leurs familles. L'Association canadienne pour la santé mentale estime que le concept de reddition de comptes doit reposer entièrement sur l'usager.

> *L'enjeu le plus fondamental des systèmes, programmes et services de soutien individuel est d'améliorer la qualité de vie du patient, tel qu'il ou elle la définit. C'est la pierre d'assise de la véritable reddition de comptes (ACSM, 1995). [traduction libre]*

Les améliorations à la qualité de vie des membres de la famille des usagers sont tout aussi importantes car prendre soin d'une personne atteinte de maladie mentale grave représente souvent un lourd fardeau. L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale grave est un des objectifs fondamentaux de la réforme des soins de la santé mentale (Holley, 1998) et représente donc le but ultime de tous nos efforts de planification et d'élaboration de politiques exprimés par l'exécution de programmes et la prestation de services.

Les soins et services offerts aux personnes atteintes de maladie mentale grave permettent d'obtenir une vaste gamme de résultats médicaux et non médicaux qui s'inscrivent dans le concept de la qualité de vie. Becker (1998) définit la qualité de vie comme un concept large représentant le bien-être que ressent une personne en raison de sa satisfaction ou de son insatisfaction envers des aspects de sa vie qui lui sont importants (Becker, 1998). Les usagers voient la qualité de vie comme étant la capacité à réussir ou à obtenir des choses que les autres tiennent pour acquises comme le logement, le soutien social, des activités significatives et des conditions de vie adéquates (Carne, 1998).

### *Dimensions des résultats obtenus par les usagers*

On peut mesurer la qualité de vie en se fondant sur des mesures objectives de l'amélioration de l'autonomie à l'égard de certains aspects clés de la vie ou sur un pointage issu de mesures subjectives du bien-être. Bien que les évaluations des résultats obtenus par les usagers soient reconnues comme

étant pluridimensionnelles et inclusives par définition, la plupart d'entre elles font une distinction entre les différentes dimensions des résultats et les mesurent séparément.

L'État de l'Ohio a adopté une démarche uniforme pour mesurer les résultats des usagers dans quatre domaines :

- état de santé;
- qualité de vie;
- degré d'autonomie;
- santé et sécurité.

Le tableau 4 illustre les domaines et les résultats du suivi des usagers effectué en Ohio pour appuyer les programmes communautaires en santé mentale qui sont financés publiquement (Ohio Mental Health Outcomes Task Force, 1998). Soulignons que le processus décisionnel sur les domaines et mesures retenus a bénéficié d'une forte participation des usagers et de leurs familles.

### *Satisfaction du patient*

On utilise de plus en plus le degré de satisfaction de l'usager envers les services de santé de tous les genres afin de mesurer la qualité des services et même comme un substitut aux résultats attendus des services. Comme la qualité de vie, la satisfaction de l'usager repose sur une expérience pluridimensionnelle. Bien qu'on ait établi une corrélation entre la satisfaction des usagers et l'autoévaluation des résultats de traitement (Holcomb et al., 1999), la controverse se poursuit sur les méthodes de mesure et la validité de la satisfaction des usagers en tant qu'indicateur des résultats des traitements. Les échelles de satisfaction qu'utilisent la majorité des prestataires de services tendent à donner lieu à des hauts taux de satisfaction, un résultat que plusieurs chercheurs estiment biaisé (Gill et al., 1998). Thompson et ses collègues (1998) soutiennent qu'on ne doit pas confondre mesure de la satisfaction avec mesure de l'efficacité. Il ajoute que l'enthousiasme des usagers envers les programmes, bien qu'il ait son importance, n'indique en rien son efficacité.

Les préoccupations au sujet de la pertinence des instruments traditionnellement utilisés pour mesurer la satisfaction ont mené à la formation d'usagers des services de soins de santé mentale afin qu'ils puissent interroger d'autres usagers. Les tenants de cette démarche d'usager à usager affirment qu'elle mène à des réponses plus franches (Smith, 1999). Dans cette démarche, l'objectif est moins de documenter la satisfaction que de découvrir des sources d'insatisfaction. Une autre démarche semblable consiste à découvrir dans quelle mesure le service a répondu aux attentes du patient.

Encore une fois, la mesure de la satisfaction des membres de la famille envers les services constitue un indicateur important dans l'évaluation du rendement.

### *Mesure des résultats des usagers*

Durbin et ses collègues (2000) ont effectué un excellent examen des méthodes appropriées pour mesurer les résultats obtenus par les usagers du secteur de la santé mentale. Les chercheurs ont noté qu'on place maintenant moins l'accent sur les symptômes psychiatriques pour évaluer davantage la qualité de vie et l'autonomie dans divers domaines. Ce mémoire dresse l'inventaire des mesures de résultats fiables, valides et largement utilisées en les répartissant en cinq

## Tableau 4 – Domaines et résultats des usagers mesurés en Ohio

**État de santé**

1. Niveau de détresse symptomatique
2. Nombre d'urgences psychiatriques
3. Capacité à comprendre, à reconnaître et à gérer ses symptômes physiques et psychiatriques et capacité à demander de l'aide.

**Qualité de vie**

1. Satisfaction envers les relations familiales et sociales, les finances personnelles, la santé physique, la capacité à faire des choix de vie, la sécurité individuelle, la participation à la vie communautaire, la situation de vie, les activités productives et la satisfaction générale envers la vie.
2. Sentiment global d'accomplissement, de but dans la vie, d'espoir pour l'avenir et d'enrichissement personnel.
3. Atteinte de buts personnels touchant la culture, la spiritualité, la sexualité, l'individualité, les étapes du développement et la liberté.

**Degré d'autonomie**

L'usager est en mesure d'effectuer les activités suivantes :

1. Cerner, obtenir et utiliser les ressources communautaires pour combler ses besoins sur le plan spirituel, social, culturel, récréatif et autres en s'adressant à des organisations non axées sur la santé mentale.
2. Établir et entretenir des relations personnelles.
3. Administrer son argent.
4. Assurer ses soins personnels et soigner son apparence; utiliser les transports publics, l'annuaire téléphonique et la buanderie; faire ses épiceries pour conserver son autonomie et entretenir un domicile sain et sécuritaire.
5. Défendre ses droits avec succès auprès des professionnels de la santé mentale, des locateurs, des membres de sa famille et des services policiers.
6. Demeurer dans un foyer et faire preuve de stabilité.
7. Participer à une activité significative comme le travail, l'école, les loisirs ou le bénévolat.
8. Respecter suffisamment bien la Loi pour éviter d'être incarcéré.

**Santé et sécurité**

L'usager :

1. Ne se blesse pas et ne cherche pas à le faire.
2. Ne se suicide pas et ne tente pas de le faire.
3. Ne blesse personne et ne tente pas de le faire.
4. Est libre de toute atteinte ou négligence physique ou psychologique à domicile, à l'école, au travail ou dans l'établissement où il reçoit des services.
5. Jouit d'une bonne santé physique.
6. Obtient davantage d'effets positifs que négatifs de son traitement et ses médicaments.
7. N'est pas victime de discrimination ou de manque de respect en raison de son mode de vie ou de sa culture, et sa santé et sa sécurité ne sont pas menacées par une invalidité.
8. Met fin à des services de manière sécuritaire et bien planifiée.
9. Reçoit peu ou pas de services mais sait qu'il ou elle peut en obtenir davantage au besoin.

groupes : les symptômes, les symptômes et l'autonomie, la situation de vie communautaire, le recours aux drogues et la toxicomanie, la qualité de vie en ce qui a trait à la santé et la satisfaction envers les programmes. On fait également appel à l'opinion des usagers sur les forces et les faiblesses des instruments de mesure communément employés. Ce mémoire constitue un ouvrage de référence actuel pour faciliter le choix des mesures précises des indicateurs d'efficacité présentés à la section 12.

## 5. Terminologie et postulats

Bien que la majorité des planificateurs et prestataires de soins du secteur de la santé mentale conviennent de la nécessité de rehausser la reddition de comptes, la plupart connaissent mal les aspects pratiques et techniques du suivi du rendement. Nous faisons donc une introduction aux postulats fondamentaux du suivi du rendement et offrons des définitions des termes clés.

### 5.1 Définitions

La présente trousse comporte plusieurs indicateurs pour assurer le suivi du rendement dans le secteur de la santé mentale. Le mot **rendement** exprime le degré des progrès accomplis vers un but ou un objectif donné tandis que le mot **suivi** signifie le fait d'observer, d'enregistrer et de rapporter des données sur le rendement. Les **buts** sont des énoncés de l'orientation stratégique ou politique d'une organisation donnée tandis que le mot **objectif** exprime des intentions plus précises et mesurables.

Par exemple, le but de la réforme des soins de la santé mentale suivant : « *améliorer l'accès aux services pour les personnes atteintes de maladie mentale grave* » pourrait devenir l'objectif suivant : « *augmenter le nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave qui bénéficient d'un traitement communautaire dynamique* ».

Cet objectif représenterait un aspect mesurable d'un but plus général. Étant donné la portée de la plupart des buts organisationnels, ils sont habituellement assortis de plusieurs objectifs.

Les **indicateurs** de rendement sont les mesures ou données qui permettent de quantifier les progrès vers les buts et objectifs. Lorsque des mesures précises ne peuvent être obtenues, ce qui est souvent le cas, on doit recourir à des mesures de substitution. Un **substitut** constitue donc la meilleure approximation de la mesure d'un objet donné ou une mesure simple utilisée pour exprimer un postulat complexe. Par exemple, on pourrait compter le nombre de conseils régionaux de santé qui comprennent des représentants des usagers et de leurs familles comme une mesure de substitution du degré de leur participation à la planification des services. Déterminer la pertinence de la participation des usagers et des membres de leurs familles constitue une entreprise complexe sur le plan qualitatif. Bien que le dénombrement des représentants siégeant à des conseils soit une mesure quantitative simpliste, elle peut parfois suffire en l'absence de données plus précises.

Idéalement, les indicateurs devraient être comparés à des cibles de rendement ou à des modèles établis. Les **cibles** représentent des engagements pris à l'égard d'un certain

niveau de rendement. Réduire à 10 p. 100 le *taux de réadmission des patients après 30 jours* constitue un exemple d'une cible de rendement. Une bonne cible est réaliste et clairement liée aux objectifs organisationnels, c'est-à-dire qu'elle représente un défi réalisable mais exigeant une amélioration du rendement.

Le concept de **modèle établi** porte sur la détermination de pratiques supérieures ou de rendement exemplaire dans un certain domaine, puis de leur utilisation comme norme pour comparer le rendement obtenu en un système donné. Le recours aux modèles établis peut réduire les variations inacceptables entre des régions, des programmes ou des prestataires et améliorer le rendement par la diffusion régulière des meilleures pratiques.

## 5.2 La matrice de rendement en santé mentale

Thornicroft et Tansella (1999) ont élaboré une matrice bidimensionnelle qui peut servir de modèle conceptuel au suivi du rendement. Les deux dimensions sont le palier (géographique) et le type de la mesure (temporel). Les trois paliers étudiés sont ceux du système, du programme et de l'usager tandis que les trois types temporels sont les intrants, les processus et les résultats. La dimension des paliers est dite géographique parce que son objet diminue en dimension du plus grand au plus petit. La deuxième dimension est dite temporelle car ses éléments expriment une suite chronologique. Les intrants précèdent les processus qui précèdent à leur tour les résultats. La figure 1 illustre la matrice.

**Figure 1: Matrice du suivi du rendement**

| Palier (dimension géographique) | Type (dimension temporelle) | | |
|---|---|---|---|
| | A. Intrants | B. Processus | C. Résultats |
| 1. Système | 1A | 1B | 1C |
| 2. Programme | 1B | 2B | 2C |
| 3. Patient | 1C | 3B | 3C |

### *Palier du suivi du rendement*

On peut effectuer le suivi du rendement à trois paliers différents. Une évaluation exhaustive du rendement devrait porter sur des indicateurs aux trois paliers. Le Réseau sur la santé mentale a ainsi défini les trois paliers (Canada, Santé Canada, 1999) :

- ***Système :***

  Les mesures du rendement du système devraient fournir des données indiquant si, dans l'ensemble, le système respecte la planification des politiques, des évaluations, de l'exercice des pouvoirs, du financement et de la gestion des ressources humaines.

- ***Programme :***

  Les indicateurs à ce palier devraient porter sur les mécanismes et les processus qui prennent en charge l'usager de l'ouverture de son dossier jusqu'à sa

fermeture. Les mesures doivent porter sur les résultats obtenus par l'usager à l'égard des principaux programmes et services dont la gestion de cas, les interventions en cas de crise et d'urgence, le logement, les soins en cliniques interne et externe, les initiatives des usagers, l'aide familiale autonome, et le soutien à l'éducation et à la formation.

- ***Usager :***

  En plus des données sur la santé et l'autonomie, on tient compte de la satisfaction de l'usager et de sa qualité de vie afin de mesurer l'efficacité des programmes et services, et de recueillir des données pertinentes.

### *Type du suivi du rendement*

Les indicateurs de rendement des services de soins et de soutien en santé mentale aident à déterminer si un programme, ou un ensemble de programmes, obtient les résultats escomptés ainsi que son efficience à cet égard. La majorité des autorités administratives n'effectuent que des activités de suivi du rendement qui portent sur les intrants et les processus, et la production de rapports afférents. Les données les plus souvent utilisées et rapportées au palier politique sont les sommes d'argent consacrées et leur usage (nombre de lits et autres). Pourtant, tout le monde sait très bien que plus d'argent n'apporte pas nécessairement plus de services ou de meilleurs services. Une analyse des dépenses n'indique pas le volume et la qualité réels des services fournis ou les résultats obtenus.

La mesure des intrants et des activités devrait constituer une étape critique d'une séquence planifiée qui mène à des résultats à long terme correspondant aux buts de l'organisation. Idéalement, un bon raisonnement de politique devrait lier les intrants, les processus et les résultats. Produire des rapports portant sur des indicateurs d'une seule catégorie ne donne qu'une image incomplète et même trompeuse, par exemple lorsque les dépenses ne semblent produire aucun effet discernable sur le groupe cible (Jenkins, 1996).

- ***Intrants :***

  Les intrants sont les ressources consacrées aux soins en santé mentale et touchent donc les caractéristiques structurelles ou organisationnelles d'un système ou milieu. Les intrants sont souvent quantifiés en argent, en effectif (nombre et qualités), en installations et autres. Les intrants sont facilement quantifiables et forment les indicateurs les plus souvent employés. Toutefois, le lien entre les intrants, et la qualité des services et les résultats est très variable.

- ***Processus :***

  Les processus sont les activités clés d'un service ou système de prestation de soins à des personnes atteintes de maladie mentale. Les mesures de processus les plus souvent employées sont les points de contact des services, c'est-à-dire le nombre d'usagers, de visites, d'admissions et autres. Les indicateurs qui démontrent si les soins sont offerts conformément aux critères des meilleures pratiques constituent également une forme importante de mesure des processus (Burgha et Lindsay,

1996). Les mesures pertinentes de processus sont celles qui sont clairement liées aux résultats des usagers, des programmes et des systèmes.

- ***Résultats :***

  Les résultats sont considérés par plusieurs comme les indicateurs les plus importants et pourtant les plus complexes et difficiles à mesurer (Lohr, 1988). Les résultats reflètent l'ensemble des contributions de ceux qui financent, planifient et offrent des services aux usagers et à leurs familles ainsi que l'apport de ces derniers (Forth et Nasir, 1996). Bien que les résultats puissent être induits des mesures sur les intrants et les processus, les limites de cette démarche sont évidentes. Andrews et ses collègues (1994) ont souligné que les deux postulats courants, c'est-à-dire que la prestation d'un service apporte toujours un résultat positif et que l'utilisation est toujours proportionnelle aux besoins des usagers, sont indéfendables.

La catégorie des résultats peut également comprendre des indicateurs des effets négatifs ou iatrogéniques d'une politique ou d'une intervention. Campbell (1999) a décrit des recherches sur les effets négatifs de certains traitements en santé mentale. Les indicateurs de résultats négatifs sont toutefois rarement pris en considération dans les évaluations de rendement.

## *5.3* Autres postulats importants

### *Propriétés psychométriques*

De bons indicateurs doivent posséder deux caractéristiques importantes : la fiabilité et la validité. Des mesures **fiables** sont des mesures qui produisent des résultats semblables dans des situations semblables. Les différences notées par une mesure devraient refléter un changement réel du phénomène observé et non un manque de fiabilité de l'instrument de mesure. Puisque le suivi du rendement exige la comparaison d'indicateurs sur une période de temps donnée ou entre des programmes et des régions, la fiabilité de la mesure est essentielle. La **validité** est la mesure dans laquelle un indicateur porte bel et bien sur le phénomène étudié et à cet égard, la validité du contenu et des postulats sont des aspects importants des données sur le rendement. La validité inhérente des données est une expression du bon sens et de la valeur intuitive d'un indicateur, c'est-à-dire que la mesure est reliée au phénomène étudié. Malheureusement, bon nombre de mesures présentées dans le présent document ont une validité inhérente mais sont dépourvues de données appuyant les autres facettes de leur validité.

### *Perspective*

Les évaluations de rendement sont toujours fondées sur une perspective particulière. Cette perspective dicte le contenu de l'évaluation, le choix des indicateurs et la méthode de mesure. Aux États-Unis, on effectue surtout le suivi du rendement du point de vue des organismes de soins (Manderscheid, 1999) mais quelques États mesurent les résultats de la perspective des usagers (Ohio, 1998). Ceux qui financent les soins de santé seront naturellement plus portés vers les indicateurs financiers tandis que les prestataires et les usagers placeront davantage l'accent sur les mesures portant sur la qualité des soins. Bon nombre d'autorités administratives tentent de représenter les différentes perspectives des divers intéressés en établissant un consensus sur les buts et objectifs des soins et en recourant à une vaste gamme d'indicateurs, tant objectifs que subjectifs, ou axés sur la valeur.

### *Attributions des résultats*

L'interprétation des données sur le rendement est parfois difficile en raison de la question de l'attribution des résultats. Dans la majorité des applications de suivi du rendement, les indicateurs de rendement ne peuvent être directement reliés à un seul service ou programme. Les résultats obtenus en santé mentale dépendent d'une foule de variables dont les facteurs sociaux et autres qui sont hors de la portée des organismes de soins de santé. On peut donc difficilement déterminer avec certitude dans quelle mesure une politique, un programme ou une quelconque intervention a mené à des résultats donnés à moins de recourir à des méthodes de recherche d'une grande rigueur scientifique. Les mesures de résultats fournissent une image générale de la situation et devraient plutôt servir à étudier les tendances en fonction du temps, les variations d'une région à l'autre et autres.

### *Ajustement en fonction du risque*

L'ajustement du risque constitue un outil statistique important au moment de la comparaison de différents groupes cibles. Parmi les facteurs pouvant affecter les comparaisons, mentionnons la présence de cas aux diagnostics différents, la gravité de la maladie et les caractéristiques sociodémographiques. Afin d'effectuer correctement ces ajustements, on peut faire appel à un statisticien ou à un spécialiste chevronné de l'information sur la santé.

### *Considérations sur les coûts et avantages*

Le coût de la collecte des données dans le cadre du suivi du rendement, dont le fardeau que cela représente pour le service, doit être pris en considération en fonction des avantages que procure l'utilisation des renseignements ou la production de rapports à leur sujet. On doit donc convenir à l'avance des données requises, mais dont on ne dispose pas encore, et qui sont essentielles à l'évaluation et à l'amélioration du rendement organisationnel.

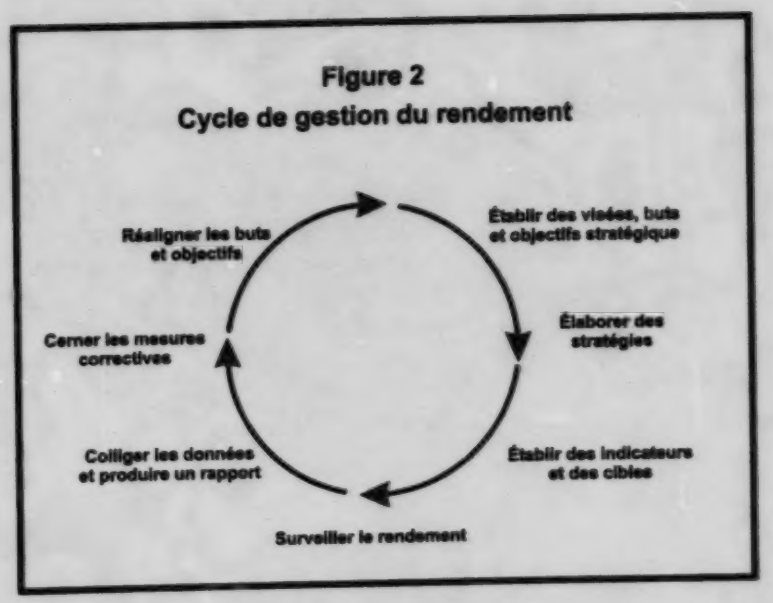
# Le lancement d'une initiative de suivi du rendement

## 6. Le cycle de gestion du rendement

Tout bon système de gestion du rendement suit des cycles. Les différentes étapes de l'examen du rendement, lorsqu'elles sont rigoureusement suivies, reviennent au point de départ de la clarification des buts de l'organisme et des stratégies pour les atteindre. L'avantage de cette démarche cyclique est que chaque réajustement des buts et objectifs fera progresser la réforme des soins en santé mentale en comblant les lacunes de rendement observées dans la prestation des services de soins et de soutien. Cette démarche est conforme aux initiatives d'amélioration continue de la qualité que connaissent bien la majorité des gestionnaires et professionnels des systèmes de soins de santé.

Puisque la tâche de mettre sur pied une initiative de suivi du rendement peut sembler ardue, la figure 2 donne un bon aperçu du cycle et des étapes à suivre.

**Figure 2**
**Cycle de gestion du rendement**



## *6.1* Étapes de l'examen du rendement

La séquence ci-dessous illustre les tâches propres à chaque étape.

**Première étape :** ***Établir les buts et objectifs***

- Clarifier l'orientation stratégique du système, du programme ou de l'organisation; élaborer les principaux objectifs des politiques; et établir des objectifs mesurables afin d'évaluer le rendement.

**Deuxième étape :** ***Élaborer les stratégies nécessaires à l'atteinte des objectifs***

- Déterminer les activités nécessaires à l'atteinte des buts et objectifs. Voir à l'établissement d'un lien logique entre les stratégies et les résultats escomptés. Passer en revue le fondement des objectifs à la lumière des moyens disponibles pour les atteindre.

**Troisième étape :** ***Choisir les indicateurs et les cibles***

- Choisir un ensemble d'indicateurs qui représenteront les progrès vers les objectifs fixés. Ces indicateurs devraient avoir une portée assez large pour rejoindre les objectifs les plus importants tout en étant suffisamment précis pour permettre une interprétation significative. Les cibles de rendement associées aux indicateurs ne devraient pas être établies arbitrairement. Il faut les choisir en fonction des renseignements sur le rendement précédents, des comparaisons de rendement avec d'autres organisations nationales ou internationales et de l'apport des principaux intéressés; et encourager l'organisation à viser la plus haute qualité possible.

**Quatrième étape :** ***Suivre le rendement***

- Colliger et rassembler les données indicatrices afin d'évaluer l'atteinte des objectifs. Les données administratives qui sont colligées de manière routinière constituent la source la plus évidente de données sur le rendement. Ne consacrer des ressources à la collecte de nouvelles données à l'égard des objectifs clés qu'en l'absence d'une autre source.

**Cinquième étape :** ***Colliger des renseignements et produire des rapports sur le rendement***

- Organiser les renseignements sur le rendement en un sommaire qui pourra être distribué aux intéressés pour une évaluation externe des progrès accomplis vers les buts et objectifs fixés.

**Sixième étape :** ***Déterminer les actions à entreprendre pour combler les lacunes du rendement***

- Cerner les lacunes du rendement et déterminer les actions à entreprendre pour améliorer le rendement. Après la production d'un rapport sur le rendement, entamer un processus pour aborder et analyser les raisons du faible rendement, et envisager des mesures

incitatives pour l'améliorer à l'avenir. En même temps, récompenser et souligner les instances de rendement satisfaisant ou supérieur.

**Septième étape :** ***Réviser les buts et les objectifs***

- En se fondant sur le suivi du rendement effectué, déterminer si les buts et objectifs sont adéquats pour le prochain cycle de rendement. Un rendement nettement insuffisant ou trop supérieur peut exiger un ajustement du cadre conceptuel. Un rendement trop faible indique que les objectifs étaient irréalistes ou les stratégies inefficaces. Il faudra établir de nouveaux objectifs et redoubler d'efforts. D'un autre côté, un rendement supérieur signifie qu'il faudra peut-être imposer des normes de rendement organisationnel plus sévères.

## 7. Évaluation des capacités organisationnelles

La tenue d'examens du rendement significatifs exige des capacités organisationnelles correspondantes, c'est-à-dire l'affectation de fonds et de personnel à tous les éléments du cycle de gestion du rendement.

On peut évaluer l'engagement de la direction envers le suivi du rendement par la présence des éléments ci-dessous :

- Le suivi du rendement est confié à une entité particulière de l'organisation.
- Les rôles et responsabilités de chacun sont déterminés au sein de cette entité.
- Le suivi du rendement bénéficie du soutien d'un système de gestion de l'information.
- L'organisation consacre suffisamment de ressources à la collecte, au dépouillement et à l'analyse des données sur le rendement grâce à des fonds provenant d'un budget protégé pour le suivi du rendement.
- L'organisation possède un certain savoir-faire en technologie de l'information.
- L'organisation dispose d'une politique et de lignes directrices sur la confidentialité des dossiers des usagers ou patients.
- L'organisation bénéficie de soutien en vue de produire des rapports externes sur le suivi du rendement.
- Les employés affectés au suivi du rendement possèdent des pouvoirs décisionnels.
- L'organisation dispose de mécanismes pour étudier les données sur le rendement et les intégrer aux données sur les dépenses du secteur.
- L'organisation possède des mécanismes pour intégrer les données sur le rendement au cadre opérationnel des programmes.

L'évaluation des capacités organisationnelles doit également déterminer si le manque de ressources et de soutien technique au palier de l'agence ou du prestataire est un obstacle à l'acheminement de renseignements à l'entité responsable. Puisque de nombreux indicateurs refléteront des données cliniques regroupées à partir des dossiers individuels des usagers au palier des prestataires ou agences, cette question met en péril l'obtention de renseignements complets et précis.

## 8. Choix des indicateurs

Comme nous l'avons déjà mentionné, les indicateurs retenus par une autorité administrative ou une organisation devraient être d'une portée suffisamment large pour brosser un tableau d'ensemble de la situation du rendement en fournissant des données sur les progrès vers les buts et objectifs. En même temps, les indicateurs doivent être suffisamment précis pour faciliter la collecte de données et éviter des évaluations trop complexes qui risqueraient de mener à de fausses interprétations du rendement, ce qui limiterait leur utilité pour la prise de décisions.

Si vous établissez une nouvelle initiative de suivi du rendement, il est préférable de vous limiter à un ou à deux indicateurs par objectif en utilisant les bases de données administratives existantes. Puisque le choix sera difficile, vous pouvez évaluer les indicateurs en fonction de certains critères. Les critères doivent être pertinents à la fois sur le plan conceptuel et sur le plan technique.

Glover et Kamis-Gould (1996) suggèrent d'utiliser les critères suivants pour choisir de bons indicateurs de rendement :

- Conception claire;
- Liens avec les objectifs organisationnels;
- Mesures fiables, valides et définies par la direction;
- Mesures tirées, en autant que possible, des systèmes existants de gestion de l'information;
- Utilisation de proportions et rapports plutôt que de chiffres bruts;
- Orientation claire du rendement désiré;
- Facilité de la comparaison (ajustements pour le risque le cas échéant);
- Universalité suffisante pour permettre la comparaison avec d'autres services;
- Établissement de règles décisionnelles pour les déviations importantes dues au hasard et pour l'établissement des seuils minimum et maximum de rendement.

## 9. Rapport sur le rendement

Le suivi du rendement constitue un exercice louable lorsqu'il facilite l'amélioration de la qualité des services de soins en santé mentale. Les rapports de rendement s'inscrivent dans la reddition de comptes envers les usagers car ils fournissent un tableau et une explication de ce qui est arrivé comparativement à ce qui aurait dû arriver. Pour ce faire, les données sur le rendement doivent être diffusées auprès d'une vaste gamme d'intéressés qui peuvent alors les prendre en considération en fonction des engagements, buts et objectifs du gouvernement ou de l'organisme administratif.

Dans le cadre de la reddition de comptes au sein du secteur public, on doit rendre publique toute l'information sur l'atteinte des objectifs. Lorsque les objectifs et les buts de la santé mentale ont été élaborés par un processus de consultation et de participation, la communication des résultats démontre un engagement envers les priorités des intéressés.

### 9.1 Contenu et public cible

Idéalement, les indicateurs de rendement expriment le mouvement dans une direction au fil du temps. Ils reflètent les progrès accomplis en fonction de certains critères de succès et aident à déterminer l'orientation prise par une région, un système ou un programme. Pour effectuer une bonne reddition de comptes, les intéressés doivent bénéficier de :

i. la divulgation complète des résultats;

ii. la reconnaissance du faible rendement le cas échéant;

iii. un engagement envers des mesures correctives.

Les récipiendaires des renseignements sur le rendement peuvent être des initiateurs de politiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; des organismes régionaux de santé et de services locaux de santé publique; des prestataires de soins en santé mentale; des usagers et leurs familles; et le grand public.

### 9.2 Principes généraux

Quels que soient les publics cibles des renseignements sur le rendement, les principes généraux ci-dessous s'appliquent.

- Les processus et contenu des rapports sont faciles à saisir;
- Le processus est transparent;
- La production de rapports dispose d'une certain souplesse, c'est-à-dire que les différents services ou régions ne seront pas toujours en mesure de produire des rapports en même temps;
- Les rapports sont produits de manière régulière, qu'il s'agisse de rapports annuels, de documents d'information, de communiqués de presse, de sites virtuels ou de serveurs de listes.

- Les rapports sont clairs, directs et mettent en valeur les renseignements qui sont importants aux intéressés.

## *9.3* Lancer la production de rapports

### *Établir un point de départ*

Toutes les organisations ne disposeront pas de ressources égales ou n'auront pas les mêmes besoins en matière de suivi et de rapports sur les indicateurs du rendement des soins en santé mentale. De plus, les différentes organisations ne seront pas nécessairement en mesure de produire des rapports annuels ou semestriels. On doit donc établir un point de départ sous la forme d'un rapport initial décrivant la distance que devra parcourir une organisation pour atteindre les buts et objectifs fixés en matière de services de soins et de soutien en santé mentale. Ce rapport initial servira à expliquer aux intéressés où se trouvent les principales lacunes dans le rendement et à déterminer les domaines où de nouveaux investissements ou ressources sont susceptibles d'apporter les résultats escomptés. Les autorités administratives devront décider à quelle fréquence mettre à jour ces rapports de base afin de suivre les progrès.

### *Communiquer le rendement plutôt que de produire des fiches de rendement*

Les rapports devraient être axés sur la communication du rendement et non sur la production d'une évaluation exhaustive sous la forme d'une fiche de rendement ou d'un bulletin avec pointage. Cette dernière démarche dépasse la capacité de bien des organisations qui ne disposent pas de sources de données fiables ou exhaustives pour établir tous les indicateurs qu'elles aimeraient surveiller. Conséquemment, les rapports initiaux de rendement peuvent brosser un tableau incomplet des progrès vers les objectifs et les buts. On doit quand même commencer à communiquer l'information sur le rendement lorsqu'on possède les données afférentes. L'établissement d'un processus de production de rapports aidera à cerner les indicateurs et les mesures qui s'imposent.

### *Inclusion dans d'autres rapports*

Les résultats du suivi du rendement dans le domaine de la santé mentale ne doivent pas nécessairement être présentés dans un rapport distinct, particulièrement au début. Les résultats peuvent être ajoutés à d'autres documents de reddition de comptes préparés à l'intention du grand public, par exemple, dans le rapport annuel d'un département, d'un ministère ou d'un gouvernement. D'ailleurs, cette méthode

serait peut-être préférable car elle permet d'intégrer les informations sur le rendement du secteur de la santé mentale dans le cadre redditionnel d'une organisation plus importante tout en communiquant des résultats plus tôt qu'il n'aurait été possible de le faire.

## *9.4* Méthodes de diffusion

Voici quelques suggestions pour diffuser les informations sur le rendement :

### *9.4.1* Site Web doté d'un moteur de recherche

Les divers intéressés au suivi du rendement en santé mentale voudront sans doute avoir accès aux informations de rendement de manière ponctuelle et être capables d'effectuer des recherches approfondies dans des domaines particuliers. Un site Web doté d'un moteur de recherche répond aux besoins de transparence tout en demeurant sélectif. En naviguant parmi les différentes couches de renseignements, les visiteurs peuvent passer de descriptions générales à des textes de plus en plus détaillés. Enfin, un site Web a l'avantage d'établir des liens avec les autres autorités administratives.

### *9.4.2* Serveurs de listes et diffusion de messages électroniques

L'envoi de messages électroniques constitue aujourd'hui une façon efficace d'avertir les intéressés de la parution de nouveaux résultats ou renseignements. Les organisations pourraient utiliser des serveurs de listes pour joindre les personnes et organisations intéressées au rendement du secteur de la santé mentale. Le serveur pourrait être configuré pour tenir compte des intérêts des abonnés afin de déterminer la priorité des envois. L'inscription au serveur peut aussi offrir aux abonnés la possibilité de retirer leur nom des listes d'envois des documents imprimés afin d'éviter les duplicatas inutiles.

### *9.4.3* Distribution conventionnelle de documents

Les médias électroniques ne représentent pas le mode de diffusion que tous préfèrent. Conséquemment, les rapports, bulletins et autres documents imprimés demeureront encore longtemps la méthode principale pour communiquer des informations de rendement. En règle générale, ces documents devraient être brefs, fournir un résumé concis des informations et indiquer où trouver des renseignements ou analyses plus détaillés.

### *9.4.4* Communiqués de presse

**Les informations de rendement destinées au grand public devraient être diffusées par des communiqués de presse à l'intention des grands médias. Un seul communiqué de presse peut rejoindre une partie importante de la population. Bien que les politiciens et les administrateurs peuvent craindre le risque de reportages erronés, les médias influencent beaucoup l'opinion publique qui, par la suite, influence les politiques publiques. La majorité des publics cibles auxquels s'adressent les informations de suivi du rendement obtiennent leur information par l'entremise des médias de masse comme la télévision, la radio et la presse.**

# QUATRIÈME PARTIE



## Les outils du suivi du rendement

### *10.* Définition des groupes cibles

La reddition de comptes au sein du secteur des services de soins et de soutien en santé mentale est déterminée en partie par la façon dont les groupes cibles sont desservis. Par cette trousse, nous voulons suggérer les indicateurs de rendement touchant la prestation de soins et les résultats afférents pour les personnes atteintes de maladie mentale grave. Ce groupe cible comprend à la fois des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale et des personnes moins atteintes mais souffrant de problèmes ayant une importance sur le plan social ou économique. Les membres du premier sous-groupe affichent des symptômes prononcés de maladie mentale et souffrent d'une invalidité marquée temporaire ou permanente. Les membres du deuxième sous-groupe affichent des symptômes moins sévères mais souffrent néanmoins d'une incapacité fonctionnelle importante. Dans le cadre du présent document, nous utiliserons l'expression « maladie mentale grave » en parlant des deux sous-groupes.

### *10.1* Définition de la maladie mentale grave

La maladie mentale grave ne constitue pas une expression ayant un caractère légal au Canada. Les États-Unis ont adopté une définition opérationnelle et légale (États-Unis, Secretary of Health and Human Services). Selon cette définition, une personne doit avoir souffert pendant un an d'un trouble reconnu dans le ***Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux***, autre que la toxicomanie, et d'une invalidité mentale importante.

Les études sur l'utilisation de l'appellation *maladie mentale* grave auprès des prestataires de services et des organismes administratifs signalent le manque de consensus sur sa signification et sa définition (Schinnar et al., 1990; Slade et al., 1997). Les définitions de la maladie mentale grave sont souvent fondées sur le diagnostic et comprennent habituellement les troubles aux symptômes psychotiques comme la schizophrénie et les troubles bipolaires, et certains troubles non psychotiques comme la dépression majeure, les névroses obsessionnelles et les troubles paniques (Slade, 1997; États-Unis, NAMHC, 1993; Barker et al., 1992; États-Unis, NIMH, 1987).

Les définitions de la maladie mentale grave fondées uniquement sur les diagnostics sont insuffisantes en raison des erreurs de spécificité et de gravité inhérentes. De très nombreux symptômes et invalidités mentaux d'une gravité variable sont associés aux diverses maladies mentales

connues. La présence d'un diagnostic, qu'il s'agisse de schizophrénie, de dépression majeure ou de trouble panique, ne fournit pas en soi suffisamment d'informations pour déterminer si nous sommes en présence d'une maladie mentale grave.

Au moment de la détermination opérationnelle des maladies mentales graves, le National Institute of Mental Health des États-Unis (NIMH) et le National Advisory Mental Health Council (NAMHC) ont ajouté au diagnostic les critères de *durée* et d'*invalidité* (États-Unis, NIMH, 1987; États-Unis, NAMHC, 1993). Un examen des définitions de la maladie mentale grave effectué par Schinnar et ses collègues (1990) a révélé que la définition adoptée par le NIMH jouissait d'un large consensus et représentait bien la moyenne de prévalence. Le tableau 5 résume les critères utilisés par le NIMH pour définir la maladie mentale grave (États-Unis, NIMH, 1987).

**Tableau 5 – Critères de la maladie mentale grave du National Institute of Mental Health des États-Unis**

**Diagnostic**

Présence d'une maladie mentale importante : trouble schizophrénique, affectif, paranoïaque, organique ou autre trouble psychotique, ou présence d'un trouble pouvant mener à une invalidité permanente comme un trouble de la personnalité limite.

**Invalidité**

Présence d'une invalidité importante et récurrente résultant de la maladie mentale. Cette invalidité peut limiter les activités principales de la vie. Une personne atteinte affiche au moins deux des caractéristiques suivantes de manière permanente ou intermittente :

- Elle est en chômage, travaille dans un milieu protégé ou a des capacités professionnelles limitées et une mauvaise fiche de route professionnelle.
- Elle a besoin d'aide financière publique pour vivre ailleurs que dans un établissement de santé et ne peut obtenir cette aide seule.
- Elle éprouve de la difficulté à établir et à maintenir un réseau de soutien social.
- Elle a besoin d'aide pour les activités quotidiennes comme l'hygiène personnelle, la préparation des repas ou la gestion de son argent.
- Elle affiche un comportement social inadéquat qui exige l'intervention des autorités en santé mentale ou du système judiciaire.

**Durée**

L'historique du traitement de la personne correspond à l'un ou à l'autre de ces critères :

- La personne a reçu un traitement psychiatrique plus avancé que celui d'un patient en clinique externe plus d'une fois (par exemple, services en cas de crise, soins autres qu'à domicile, hospitalisation partielle ou hospitalisation en clinique interne).
- La personne a connu un épisode de soins résidentiels continus ailleurs que dans un établissement de santé pendant une période suffisamment longue pour perturber sa vie normale.

## *10.2* Estimation de la taille du groupe cible

Les définitions ci-dessus ont été utilisées pour estimer le nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave. Selon une estimation récente publiée dans un rapport du Surgeon General des États-Unis (1999), 5,4 p. 100 de la population américaine de 18 ans et plus serait atteinte d'une maladie mentale grave et un sous-groupe représentant 2,6 p. 100 de la population adulte, souffrirait d'une maladie mentale grave persistante. Cette estimation effectuée par Kessler et ses collègues (1996) est fondée sur les définitions opérationnelles résumées au tableau 6 ainsi que sur les constatations d'une étude nationale sur la comorbidité (Kessler et al., 1994) et d'une étude sur les bassins épidémiologiques (Robins et Regier, 1991).

Kessler et ses collègues ont tenté d'évaluer le nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave en utilisant des données épidémiologiques. Nous devons tenir compte des limites de cette méthode et de la validité et de la fiabilité des estimations. On pense que la prévalence a été surévaluée en raison de

**Tableau 6 – Définitions opérationnelles de la maladie mentale grave et de la maladie mentale grave et persistante (Kessler et al., 1996)**

| Maladie mentale grave | Maladie mentale grave et persistante |
|---|---|
| La personne doit avoir été atteinte d'un trouble reconnu dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, autre que la toxicomanie au cours d'une période de 12 mois et afficher une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :<br>■ Avoir fait une tentative de suicide ou être suicidaire<br>■ Être en chômage ou travailler à temps partiel pour des raisons autres que les capacités professionnelles ou l'incapacité physique<br>■ Vivre dans la pauvreté<br>■ Avoir un revenu deux fois inférieur aux prévisions compte tenu de son niveau de scolarité et de celui de ses parents<br>■ Être souvent absente du travail<br>■ Souffrir d'isolement social<br>■ Avoir des relations sociales sans intimité, sans pouvoir se confier à quelqu'un ou avoir le sentiment d'être soutenue ou soignée | La personne est atteinte d'une psychose non affective dont la schizophrénie, les troubles schizo-affectifs et autres troubles psychotiques afférents ou de psychose maniaque au cours d'une période de 12 mois.<br>Ou<br>La personne a souffert de psychoses maniaques ou non affectives à plusieurs reprises au cours de sa vie et elle afficherait les symptômes si elle n'avait pas été traitée.<br>Ou<br>La personne a souffert d'une dépression majeure ou de trouble panique tel que le définit le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* au cours d'une période de 12 mois dont la gravité est confirmée par l'hospitalisation ou l'utilisation de médicaments psychotropes puissants. |

l'imprécision des définitions des maladies utilisées. Le tableau 6 révèle à quel point les définitions de maladie mentale grave pèchent par une trop grande inclusion.

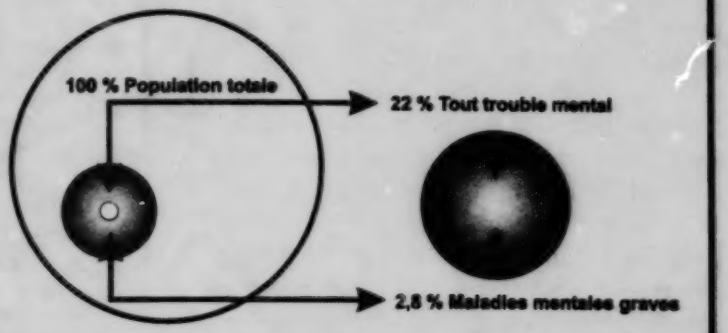
Les estimations faites selon des méthodes semblables (mais dont les définitions de maladie mentale grave diffèrent) donnent des résultats plus conservateurs. Le National Advisory Mental Health Council des États-Unis a estimé que 2,8 p. 100 de la population adulte souffrait d'une maladie mentale grave en se fondant sur les données de l'étude sur les bassins épidémiologiques (voir figure 3). Une enquête effectuée par le U.S. National Center for Health Statistics en 1989 révèle qu'entre 2,1 et 2,6 p. 100 des adultes américains ont une maladie mentale grave (Barker, 1992).

Rugerri et ses collègues (sous presse) ont récemment élaboré une autre méthode d'évaluation de la prévalence des maladies mentales graves. En se basant sur l'échelle d'évaluation globale de fonctionnement (EEGF, connue en anglais sous : Global Assessment of Functioning scale — GAF), une échelle souvent utilisée pour mesurer la gravité des symptômes et de l'incapacité fonctionnelle, Rugerri et ses collègues ont tenté d'évaluer la prévalence de maladie mentale grave dans deux endroits : des quartiers plutôt déshérités de Londres et dans la ville de Vérone (Italie). Puisque ces deux collectivités possédaient des services de rayonnement communautaire en santé mentale assez bien établis, ils ont cru qu'ils pourraient évaluer le nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave. En se fondant sur les registres des organismes de soins, ils concluent qu'entre 0,2 et 0,3 p. 100 de la population souffre de maladie mentale grave qu'on pourrait juger persistante, en utilisant comme indicateur de gravité un pointage de < 50 sur l'EEGF. Ils ont aussi produit une estimation de la prévalence des maladies mentales graves en éliminant le facteur de durée de l'épisode (c'est-à-dire, > 2 ans), ce qui a produit un taux variant de 0,3 à 0,4 p. 100 (avec un pointage de < 50 sur l'EEGF).

**Figure 3**

**Estimation du pourcentage de la population américaine qui souffre de troubles mentaux ou d'une maladie mentale grave**

(Adapté du rapport du *US National Advisory Mental Health Council*, 1993).




Contrairement aux estimations de Kessler et de ses collègues, celles de Rugerri et ses collègues sont probablement *en-dessous* de la *vérité*. Même les programmes de rayonnement communautaire les plus efficaces ne peuvent prétendre rejoindre toutes les personnes atteintes de maladie mentale grave et les études démographiques démontrent que moins de 50 p. 100 des personnes atteintes ont des contacts avec des services de santé (Kessler et al., 1999).

Ainsi, les deux méthodes décrites pour établir la prévalence des maladies mentales graves ont débouché sur des résultats passablement divergents. La prévalence calculée par la méthode de Rugerri et de ses collègues est *dix fois plus* basse que celle calculée par Kessler et ses collègues. Il est peu probable que cette divergence reflète réellement une différence entre les deux collectivités étudiées. On peut donc raisonnablement conclure que la prévalence réelle se trouve entre ces deux extrêmes.

Andrews et ses collègues (2000) ont adopté une troisième méthode pour évaluer la prévalence en se fondant sur les données d'une grande enquête épidémiologique sur la santé et le bien-être mentaux réalisée en Australie (Andrews et al., 1999). Cette enquête, qui visait à établir la prévalence, comprenait des méthodes pour mesurer l'invalidité. L'enquête révèle que 2,1 p. 100 de la population australienne souffrait de maladie mentale qui nécessitait des congés d'invalidité et le recours aux services de santé. En raisonnant que cette combinaison indiquait la présence de maladie mentale grave et en ajoutant les estimations de cas de schizophrénie, de déficience intellectuelle et autres troubles (non inclus dans le calcul initial de 2,1 p. 100), Andrews et ses collègues ont estimé que la population cible atteignait 3 p. 100 de la population adulte totale.

On doit effectuer davantage d'études épidémiologiques sur la prévalence et la distribution des maladies mentales graves afin de produire des estimations fiables et valides. Récemment, Slade et ses collègues (2000) ont élaboré un outil qui pourrait aider à évaluer la gravité de la maladie mentale grave. La *grille d'évaluation du seuil* est un outil permettant d'évaluer rapidement les résultats d'entrevues. La grille a subi avec succès des épreuves initiales pour en vérifier la validité et la fiabilité. Puisque cette grille vient tout juste d'être mise au point, elle n'a pas été suffisamment utilisée pour en vérifier l'utilité. De plus, on doit encore établir des normes et des limites cliniques à son sujet.

Bien que nos tentatives pour évaluer le nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave se heurtent à de graves difficultés de fiabilité et de validité, nous avons plus de succès dans nos estimations de la prévalence des maladies mentales individuelles. Par exemple, nos estimations du nombre de personnes atteintes de schizophrénie semblent fiables. De récentes études épidémiologiques réalisées au Canada, en Australie, aux États-Unis et en Europe révèlent que la prévalence, fondée sur la présence de symptômes pendant un an, oscille autour de 0,4 p. 100 de la population adulte. Conséquemment, on peut évaluer le nombre de personnes susceptibles d'être atteintes de troubles schizophréniques.

Lorsqu'on tente d'évaluer les populations cibles dans une région donnée (par exemple, une ville ou une région administrative), il est impératif de tenir compte des *variations dues à la taille de l'échantillon*. Ces variations illustrent les différences normales de la prévalence d'une maladie d'une région à l'autre. Comme on pourrait s'en douter, la prévalence des maladies mentales graves est directement reliée aux indicateurs de pauvreté et de privation sociale (Thornicroft, 1991). Il est donc fort probable que les personnes atteintes de maladie mentale soient réparties inégalement entre les diverses régions du Canada. Certaines collectivités affichent une prévalence plus élevée que d'autres et cette

caractéristique varie souvent d'une catégorie diagnostique à l'autre. Lorsqu'on évalue la prévalence des maladies mentales graves dans une région donnée, on doit donc tenir compte de ses caractéristiques sociodémographiques.

## *10.3* Estimation du nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave dans les collectivités canadiennes

Malgré les limites actuelles des estimations de la prévalence des maladies mentales graves, elles nous permettent néanmoins d'évaluer grossièrement les populations cibles des autorités de la santé et des zones desservies. Le tableau 7 illustre les estimations du nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave au Canada, réparties entre les provinces et territoires (évaluations fondées sur les données de Statistique Canada sur la population de 15 ans et plus en 1999).

Le nombre de personnes atteintes est fondé sur une prévalence de 3 p. 100 qui, selon la littérature scientifique, n'autorise qu'une estimation très sommaire. En se fondant sur ces estimations, près de 750 000 Canadiennes et Canadiens adultes

**Tableau 7 – Estimation du nombre de personnes âgées de 15 ans et plus qui sont atteintes de maladie mentale grave**

| Province ou territoire | Population âgée de 15 ans et plus en 1999 | Nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave |
|---|---|---|
| Terre-Neuve et Labrador | 444 052 | 13 320 |
| Île-du-Prince-Édouard | 110 018 | 3 300 |
| Nouvelle-Écosse | 765 207 | 22 950 |
| Nouveau-Brunswick | 616 981 | 18 510 |
| Québec | 6 009 239 | 180 270 |
| Ontario | 9 241 879 | 277 260 |
| Manitoba | 901 456 | 27 050 |
| Saskatchewan | 801 954 | 24 060 |
| Alberta | 2 332 405 | 69 970 |
| Colombie-Britannique | 3 279 737 | 98 390 |
| Yukon | 23 892 | 720 |
| Nunavut | 16 840 | 510 |
| Territoires du Nord-Ouest | 30 269 | 910 |

*Source : Statistique Canada, Système canadien d'information socio-économique, matrices 6367-6379 et 6408-6409.*

ont une maladie mentale grave, c'est-à-dire que environ une personne sur 35 (parmi les gens âgés de 15 ans et plus) est atteinte d'une maladie mentale qui lui cause de la souffrance sérieuse et des difficultés sociales et économiques.

Comme nous l'avons déjà expliqué, il est peu probable que les cas de maladie mentale grave soient uniformément distribués au Canada (comme le tableau 7 semble l'indiquer). On doit donc en tenir compte dans l'interprétation des données du tableau 7 et s'en servir comme un guide approximatif qui doit faire l'objet d'ajustements et de modifications.

Les estimations et projections épidémiologiques comme celles décrites ci-dessus, peuvent être utiles au suivi du rendement en aidant à l'interprétation des données. Les bases de données cliniques et administratives sont une importante source d'informations sur les diverses facettes du système de soins en santé mentale qui, en conjonction avec les données épidémiologiques, constituent des outils utiles au suivi du rendement.

Une des constatations fiables des grandes études épidémiologiques est que la majorité des gens qui répondent aux critères de maladie mentale ne reçoivent pas les services de santé correspondants (Robins et Regier, 1991; Kessler et al, 1999; Andrews et al, 1999). Ces études révèlent aussi un fait troublant : une forte proportion des gens qui reçoivent des soins en santé mentale le font pour des maladies qui ne répondent pas aux critères étudiés. Cet état de chose souligne l'importance des mécanismes de reddition de comptes pour assurer que les soins en santé mentale soient bel et bien fournis aux personnes qui en ont le plus besoin et qui en retireront le plus d'avantages.

## *11.* Liste de contrôle des meilleures pratiques

À leur plus simple expression, les évaluations de rendement au sein de la réforme des soins en santé mentale devraient indiquer dans quelle mesure la configuration des services régionaux se conforme aux éléments clés des meilleures pratiques cernées au palier national. Le travail de l'Institut psychiatrique Clarke définit les attentes envers un système réformé de santé mentale tant au palier des services de soins et de soutien qu'à celui de leur infrastructure (Santé Canada, 1997). La Liste de contrôle des meilleures pratiques permet de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer des activités de réforme. Récemment, on a soutenu que la Liste pourrait servir à assurer le continuum des programmes par l'ajout des deux éléments suivants :

- L'intervention hâtive;
- Les soins primaires.

Nous expliquons la raison d'être de ces éléments ci-dessous.

## *11.1* Éléments additionnels aux meilleures pratiques

### *L'intervention hâtive*

Les premières années de l'apparition et du développement d'une maladie mentale grave sont critiques sur le plan social et psychologique, puisque la maladie tend à frapper les jeunes gens au moment où ils apprennent leur rôle social et établissent des relations tout en acquérant leur identité et leur indépendance personnelles (McGorry, 1996). Les preuves s'accumulent à l'effet que plus le début du traitement est reporté, moins bons sont les résultats. On sait que de longues périodes sans traitement donnent lieu à de plus faibles taux de rémission (Loebel, 1992) et à des rechutes plus rapides et fréquentes, sans égard à la conformité au traitement pharmacologique (Johnstone et al., 1986). Enfin, tout porte à croire que les personnes atteintes de troubles psychotiques perdent davantage de leurs capacités dans les premières années de leur maladie après quoi elles tendent à se stabiliser (McGlashan, 1996).

Une intervention hâtive efficace exige la participation entière des professionnels des secteurs des services sociaux et de santé afin de reconnaître les signes annonciateurs et les symptômes et prendre les mesures qui s'imposent.

### *Les soins primaires*

Le rôle vital que jouent les prestataires de soins primaires dans le traitement des personnes atteintes de maladie mentale grave a souvent été oublié par la plupart des initiatives de réforme des soins en santé mentale (Kates et al., 1997). Compte tenu du ratio psychiatres/généralistes, on comprend que la majorité des problèmes de santé mentale sont d'abord traités dans le cadre des soins primaires. Malheureusement, de nombreux médecins travaillent à l'écart de la communauté des prestataires de soins en santé mentale qui servent en quelque sorte de gardiens de toute la gamme de services de soins ou de soutien qui sont offerts aux personnes atteintes de maladie mentale grave. Ces personnes sont plus susceptibles de souffrir de maladies infectieuses ou d'autres maladies en raison de leur propre négligence ou de leurs conditions de vie. De nombreuses personnes atteintes de maladie mentale grave ne voient pas régulièrement de médecin généraliste et ne reçoivent que des soins médicaux sporadiques. Une gestion intégrée des dossiers de ces usagers améliorerait leurs résultats de santé et réduirait leur recours aux services des salles d'urgence en prévenant l'apparition de maladies sérieuses par un bon suivi et des traitements hâtifs. De plus, on doit établir de meilleurs liens entre les médecins généralistes et les services communautaires de soins en santé mentale.

## *11.2* Un modèle pour le progrès de la réforme

Les éléments des meilleures pratiques fournissent un bon modèle pour effectuer une évaluation de haut niveau de l'écart entre le système actuel et le système réformé en examinant les programmes principaux et les stratégies systémiques. Idéalement, le modèle servirait de liste de contrôle pour déterminer dans quelle mesure les éléments de base d'un système réformé sont présents. De plus, les critères clés de chaque pratique exemplaire permettent de déterminer si les programmes et stratégies visent bel et bien les enjeux critiques. Les tableaux 8, 9 et 10 indiquent les éléments clés issus de la Liste de contrôle des meilleures pratiques d'un système réformé de soins en santé mentale.

Malheureusement, les critères de ces tableaux n'ont pas encore de définition opérationnelle et peuvent donc être difficiles à mesurer ou à évaluer. Évaluer dans quelle mesure un élément clé est en place ou mis en œuvre exige un jugement subjectif considérable. Bon nombre de ces

**Tableau 8 – Liste de contrôle des éléments clés d'un système réformé des soins en santé mentale : Programmes principaux**

| Pratiques exemplaires | Critères |
|---|---|
| Gestion de cas et traitement communautaire dynamique | On dispose d'une gamme de programmes de gestion des cas cliniques qui sont fondés sur les modèles de réadaptation et d'aptitudes personnelles, et de traitement communautaire dynamique.<br>Les usagers qui ont besoin d'un soutien intensif, dont ceux ayant des besoins particuliers comme les sans-abri et ceux atteints de comorbidité, bénéficient de la démarche de traitement communautaire dynamique. |
| Intervention en cas de crise et services d'urgences psychiatriques | On dispose de programmes d'intervention en cas de crise pour aider les victimes en choisissant les moyens les moins intrusifs. |
| Logement | On dispose de nombreuses possibilités de logement allant des résidences communautaires supervisées aux logements encadrés, l'accent étant placé sur cette dernière solution.<br>On répond aux besoins en logement des sans-abri souffrant de maladie mentale. |
| Soins en cliniques interne et externe | On s'efforce de réduire au minimum la durée des séjours en clinique interne sans mettre en péril les résultats des traitements.<br>On offre d'autres solutions que la clinique interne dont les centres de soins de jour et les soins à domicile.<br>On s'efforce d'intégrer les patients à long terme des hôpitaux psychiatriques provinciaux à des programmes de soins communautaires.<br>Les modèles de prestation de services établissent des liens entre les médecins de famille et les spécialistes en santé mentale. |
| Initiatives des usagers | Des initiatives des usagers sont en place pour répondre à divers besoins comme l'aide mutuelle, l'acquisition d'habiletés et le développement économique communautaire pour créer des emplois pour les usagers.<br>On appuie les initiatives des usagers par le financement, la formation d'animateurs parmi les usagers, l'éducation des professionnels et du grand public sur ces initiatives ainsi que par l'évaluation selon des méthodes appropriées. |
| Aide autonome familiale | On finance les activités des regroupements familiaux ainsi que leur participation à la planification et à l'évaluation de la prestation des soins. |
| Services d'éducation et d'emploi | On dispose de programmes d'emplois encadrés et de plans pour la mise en œuvre et l'évaluation de projets-pilotes en éducation encadrée et en loisirs sociaux. |

*Source : Santé Canada et Institut psychiatrique Clarke, Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins en santé mentale : document de discussion, Ottawa, Santé Canada, 1997.*

critères se transforment mal en indicateurs quantifiables et leur utilité convient mieux à un suivi du rendement selon une orientation donnée qu'à une évaluation de rendement indépendante. On peut évaluer la conformité aux éléments clés de la Liste de contrôle par l'emploi de questionnaires ou en faisant des visites sur le terrain. Idéalement, de telles évaluations devraient être confiées à du personnel indépendant pour réduire la subjectivité et les préjugés.

D'ailleurs, de nombreuses autorités administratives ont entrepris des évaluations de haut niveau semblables au début de leurs initiatives de réforme des soins en santé mentale. Elles donnent un bon survol des lacunes du système aux fins de la planification. Ces évaluations, qui se distinguent du suivi du rendement, peuvent cerner les enjeux du changement qu'il sera possible de mesurer objectivement. Les autorités administratives qui, à l'heure actuelle, ne peuvent entreprendre un suivi du rendement exhaustif voudront sans doute étudier d'autres moyens d'assurer la conformité au modèle des meilleures pratiques pour rehausser la reddition de comptes.

**Tableau 9 – Éléments clés supplémentaires des programmes principaux**

| Pratiques exemplaires | Critères |
|---|---|
| Intervention hâtive | On met en œuvre des activités de détection hâtive au sein de différents milieux qui font appel à des profils de risque pour dépister les personnes susceptibles d'être atteintes de maladie mentale.<br>On dispose d'un réseau d'aiguillage bien établi pour les personnes à risque.<br>On est en mesure d'effectuer les évaluations et traitements initiaux dans le cadre des programmes de rayonnement.<br>Les interventions hâtives suivent la démarche biopsychosociale. |
| Soins primaires | On dispose de mécanismes officiels de gestion de cas ou autre forme de coordination pour relier les personnes atteintes de maladie mentale grave aux praticiens des soins primaires afin qu'ils reçoivent régulièrement des soins médicaux.<br>Les généralistes sont reliés aux services communautaires de soins en santé mentale. |

## Tableau 10 – Éléments clés supplémentaires des programmes principaux

| Pratiques exemplaires | Critères |
|---|---|
| Politiques | On dispose d'une politique indépendante sur la réforme des soins de la santé mentale assortie d'une vision explicite que partagent les divers intéressés, dont les usagers et leurs familles.<br>On dispose d'une stratégie pour mettre en œuvre une politique.<br>Une politique protège l'enveloppe budgétaire des soins de la santé mentale et les pertes attribuables à la rationalisation des établissements de santé et augmente la proportion des fonds consacrés aux soins communautaires.<br>Une politique définit des cibles concrètes et mesurables pour la réforme. |
| Suivi et évaluation | Tous les services de soins et de soutien font l'objet d'un suivi régulier afin d'assurer la reddition de comptes des programmes et du système ainsi que l'amélioration continue de la qualité.<br>On établit des échéanciers, des mesures du rendement et des buts.<br>On dispose d'un système d'information ayant des éléments communs pour l'évaluation du système (au palier provincial) et des éléments distincts pour l'évaluation des programmes (au palier de l'organisation prestataire).<br>On dispose d'un budget d'évaluation suffisant et assuré. |
| Exercice des pouvoirs et financement | La responsabilité de la santé mentale au palier local ou régional est confiée à une seule organisation et cette dernière dispose d'un cadre redditionnel bien établi.<br>L'organisation responsable utilise des mécanismes cliniques, administratifs et financiers pour maîtriser les coûts, transférer les ressources des établissements de santé aux programmes communautaires, mettre en œuvre les pratiques exemplaires et améliorer la reddition de comptes.<br>L'organisation dispose d'une seule enveloppe budgétaire qui rassemble toutes les sources de fonds et peut les utiliser avec souplesse.<br>Les affectations de fonds locales ou régionales tiennent compte des caractéristiques et besoins particuliers des résidants.<br>On dispose d'un système d'information axé sur les usagers afin d'appuyer la prise de décisions en matière de planification, de financement et de gestion du système.<br>L'administration des soins en santé mentale est reliée à l'ensemble du système de santé ainsi qu'aux services de base. |
| Ressources humaines | On dispose d'une stratégie détaillée pour la réaffectation du personnel.<br>On dispose de stratégies pour rehausser la participation des usagers en tant que prestataires et éducateurs. |

## 12. Suggestions d'indicateurs de rendement

Nous suggérons une série d'indicateurs de rendement répartis dans les huit domaines suivants :

- acceptabilité
- accessibilité
- pertinence
- compétence
- continuité
- efficacité
- efficience
- sécurité

Nous définissons chaque domaine ainsi que le fondement de chaque indicateur et type de mesure suggérés. Nous avons réparti les indicateurs entre les domaines au meilleur de notre connaissance. On remarquera un chevauchement conceptuel substantiel entre les domaines de rendement, et certains indicateurs pourraient facilement servir à l'un ou à l'autre de ces domaines. Nous avons attribué aux mesures de chaque indicateur une flèche qui indique la direction que devrait idéalement suivre la mesure. Les indicateurs qui sont catégoriques (c'est-à-dire, présents ou absents plutôt que quantitatifs) sont précédés d'un carré.

| | |
|---|---|
| ▲ | Augmentation souhaitée de la valeur mesurée |
| ▼ | Diminution souhaitée de la valeur mesurée |
| ■ | Données catégoriques |

Les indicateurs suggérés comprennent un ensemble de mesures qui pourraient être tirées des données administratives existantes. En l'absence des données nécessaires, on pourra les colliger de manière ponctuelle ou régulière. Les autorités administratives individuelles devront évaluer l'importance des indicateurs de rendement et des mesures afférentes et déterminer si elles doivent affecter des ressources à la collection et au rapport des données nécessaires. Nous ne prétendons pas dresser une liste exhaustive des indicateurs car nombre d'entre eux, qui touchent des besoins d'information, sont encore au stage de l'élaboration. Nous avons aussi exclu les domaines encore mal définis sur le plan conceptuel ou qui manquent de spécificité sur le plan opérationnel ou se prêtent mal aux mesures.

Idéalement, les indicateurs de rendement devraient toujours être exprimés en ratios, taux ou proportions plutôt qu'en chiffres absolus (Glover, 2000). De tels chiffres sont difficiles à interpréter et se prêtent aux préjugés. Certains indicateurs ci-dessous contreviennent à l'idée habituelle des indicateurs de rendement purs. Plusieurs sont exprimés en chiffres absolus (par exemple, le nombre de plaintes) en raison du manque de données pouvant servir de dénominateur commun. Dans d'autres cas, les indicateurs portent sur la présence ou l'absence d'éléments (par exemple, l'existence d'une charte des droits des usagers). Encore une fois, de telles données catégoriques contreviennent à la définition technique d'un indicateur de rendement. Bien que ces quasi-indicateurs n'aient pas de définitions opérationnelles ou de cadre quantitatif, nous les avons néanmoins inclus parce qu'on les considère comme des indicateurs importants des progrès de la réforme des soins en santé mentale.

La section 12.9 porte sur les indicateurs des caractéristiques des systèmes de santé et systèmes communautaires qui servent davantage à résumer l'information contextuelle de chaque région qu'à mesurer réellement le rendement. La section 12.10 présente un tableau des paramètres clés incluant le type d'indicateur et de mesure ainsi que le contexte de leur utilisation.

## *12.1* Acceptabilité

***Définition***

Les soins et les services répondent aux attentes des usagers, de la collectivité, des prestataires et des bailleurs de fonds.

***Indicateurs de l'acceptabilité***

- Satisfaction des usagers et de leurs familles envers les services reçus
- Plaintes officielles
- Charte des droits
- Participation des usagers et de leurs familles aux décisions sur le traitement
- Participation des usagers et de leurs familles à la planification et à la prestation des services
- Sensibilité culturelle

### *12.1.1* Satisfaction des usagers et de leurs familles envers les services reçus

***Fondement :***

Les évaluations des usagers et de leurs familles constituent une bonne source d'information sur les services, les prestataires et la coordination des services. La satisfaction des usagers indique dans quelle mesure les services de soins et de soutien correspondent aux besoins des usagers et de leurs familles et constituent une dimension importante de la qualité des services.

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage d'usagers et de leurs familles qui sont satisfaits des services, mesurée selon une méthode valide.

*Notons que les collectivités ayant une forte proportion d'Autochtones ont souligné l'importance de remplacer les mesures contemporaines habituelles par des mesures plus appropriées sur le plan culturel.*

### *12.1.2* Plaintes officielles

***Fondement :***

La présence de plaintes indique un manque d'acceptabilité des services de soins et de soutien non seulement auprès des usagers et de leurs familles mais également de l'ensemble de la collectivité.

***Mesures :***

- ■ Existence d'un processus clair pour le dépôt de plaintes.
- ▼ Nombre de plaintes reçues par le commissaire aux plaintes, les défenseurs de la santé mentale, le protecteur des citoyens (ou l'équivalent), les associations de défense des droits des usagers, les autorités régionales de la santé et autres au sujet des services de soins et de soutien de la santé mentale. (On doit également tenir compte de la nature des plaintes reçues et en faire le suivi.)
- ▼ Durée moyenne de la période écoulée entre la réception d'une plainte et sa résolution.
- ▲ Pourcentage des usagers et de leurs familles qui sont satisfaits de la résolution des plaintes.

### *12.1.3* Charte des droits

***Fondement :***

La description explicite des attentes des usagers et de leurs familles par une sorte de charte des droits peut faciliter l'établissement d'un système et de normes de soins afin de répondre aux besoins des usagers.

***Mesure :***

- ■ Existence d'une charte des droits des usagers et de leurs familles endossée par les autorités responsables ou une agence gouvernementale.

### *12.1.4* Participation des usagers et de leurs familles aux décisions sur le traitement

***Fondement :***

La participation des usagers et de leurs familles à la planification de leur traitement favorise la collaboration et la confiance, et mène à un meilleur engagement envers les soins, la conformité au traitement, l'autogestion de la maladie et les résultats du traitement.

***Mesure :***

- ▲ Proportion d'usagers et de leurs familles de la population cible d'un prestataire de soins qui participent activement aux décisions touchant leur traitement.

*Notons que la participation active au traitement se mesure mal. Par exemple, au Royaume-Uni, on demande aux usagers de signer leur plan de traitement pour indiquer qu'ils ont été consultés et qu'ils en sont satisfaits (Friedman et al., 1999). Certains soutiennent que la simple signature du plan de traitement par l'usager n'est pas synonyme de participation active (Kamis-Gould, 2000).*

### *12.1.5* Participation des usagers et de leurs familles à la planification et à la prestation des services

***Fondement :***

La participation significative des personnes atteintes de maladie mentale et des membres de leurs familles constitue un élément fondamental de la réforme des soins en santé mentale. Les mécanismes qui facilitent l'apport et la participation des usagers au processus décisionnel aident à mieux cibler les priorités des services et à améliorer les résultats.

***Mesures :***

- ▲ Proportion des collectivités d'une région qui ont formé des groupes consultatifs régionaux d'usagers.
- ▲ Ensemble des ressources affectées au soutien des structures de consultation des usagers et de leurs activités, mesurées en fonction du budget total des soins en santé mentale.
- ▲ Nombre d'organisations régionales de la santé d'une province ou d'un territoire qui ont affecté un gestionnaire au dossier des partenariats et de la participation des usagers et de leurs familles.
- ▲ Nombre d'initiatives des usagers et de leurs familles.

### *12.1.6* Sensibilité culturelle

***Fondement:***

Le traitement des personnes atteintes de maladie mentale grave dans les collectivités autochtones ou collectivités à forte proportion d'une ou plusieurs minorités ethnoculturelles peut avoir à surmonter des barrières culturelles. La prestation de services sensibles sur le plan culturel signifie tenir compte des préférences de langues et des convictions culturelles dans le traitement, et faire preuve de compréhension de la façon dont la culture influence le recours aux services de santé.

***Mesures :***

- ▲ Proportion d'usagers de la population cible d'un prestataire de soins qui constatent que le personnel fait preuve de sensibilité culturelle à leur égard (langue ou autre aspect culturel).
- ▲ Proportion du personnel qui possède des « aptitudes culturelles », c'est-à-dire qui connaissent l'histoire, les traditions et les convictions des usagers provenant des minorités ethnoculturelles.

## *12.2* Accessibilité

***Définition***

**La capacité des patients et usagers à obtenir les soins et les services au bon moment et au bon endroit, en fonction de leurs besoins.**

***Indicateurs de l'accessibilité***

- **Prestation de services aux personnes atteintes de maladie mentale grave**
- **Prestation de services aux sans-abri**
- **Accès à des psychiatres**
- **Accès à des soins primaires**
- **Délai d'attente pour les services**
- **Accessibilité à des soins et à des services de transport en dehors des heures normales d'ouverture**
- **Refus de service**
- **Intervention hâtive**
- **Perception des usagers et de leurs familles envers l'accessibilité aux services**

### *12.2.1* Prestation de services aux personnes atteintes de maladie mentale grave

***Fondement :***

**On estime que les besoins de nombreuses personnes atteintes de maladie mentale grave restent sans réponse. Bien que la moitié de la population cible reçoive certains services, moins du tiers ont vu un spécialiste de la santé mentale au cours d'une année (Kessler et al., 1996).**

***Mesures :***

- **Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave qui reçoivent au moins un service couvert dans une région donnée (voir la section 9 sur les estimations des populations cibles[2]).**

**ou**

- **Proportion de personnes atteintes de schizophrénie qui reçoivent au moins un service couvert pour cette maladie dans une région donnée.**

**ou**

- **Proportion de personnes atteintes de troubles bipolaires qui reçoivent au moins un service couvert pour cette maladie dans une région donnée.**

---

2 Compte tenu que la plupart des autorités de la santé ne colligent pas de données normalisées sur le degré d'invalidité des personnes atteintes de maladie mentale grave qui reçoivent des services, on ne peut déterminer la prévalence totale des traitements au sein de la population cible totale. Nous avons choisi ces deux maladies mentales parce que la plupart des personnes atteintes de troubles psychotiques peuvent être considérées comme souffrant de maladie mentale grave (voir la section 10).

### *12.2.2* Prestation de services aux sans-abri

***Fondement :***

La population de sans-abri affiche une forte prévalence de maladie mentale. De nombreux sans-abri ne cherchent pas sérieusement à obtenir des services de soins et se montrent peu enclins à obtenir des services essentiels de soutien. Cette population cible est difficile à rejoindre et exige un traitement communautaire dynamique et des programmes de rayonnement actifs afin de répondre à ses besoins.

***Mesure :***

- ▲ Proportion de sans-abri qui bénéficient d'un traitement communautaire dynamique.

### *12.2.3* Accès à des psychiatres

***Fondement :***

Les services psychiatriques sont parmi les principaux soins que devraient recevoir les personnes atteintes de maladie mentale grave. Dans les régions rurales ou éloignées, ces services sont difficiles à obtenir, ce qui constitue un problème aussi fréquent que sérieux qui cause des inégalités dans l'accès aux soins et dans la qualité des soins prodigués.

***Mesures :***

- ▲ Sommes affectées aux services psychiatriques dont les services à la carte, les séances de thérapie, et les services de rayonnement d'une région donnée, exprimées en fonction de tranches de 10 000 personnes.
- ▲ Services reçus par tranche de 10 000 personnes.

### *12.2.4* Accès à des soins primaires

***Fondement :***

Les personnes atteintes de maladie mentale grave ont souvent une mauvaise santé physique et un taux de mortalité plus élevé que la moyenne. En raison de leur propre négligence et d'un manque d'accès aux services de santé, ces personnes ont des besoins particuliers en soins de santé.

***Mesures :***

- ▲ Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave qui ont consulté un généraliste pour une raison non psychiatrique au moins une fois au cours de l'année.
- ▲ Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave qui sont des patients inscrits chez un généraliste.
- ▲ Nombre de services de rayonnement de soins primaires offerts aux personnes atteintes de maladie mentale grave.

- ▲ Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave d'une région donnée qui ont fait l'objet d'un dépistage de problèmes médicaux.
- ▼ Nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave qui se présentent à l'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être réglés dans le cadre des soins primaires.

### *12.2.5* Délai d'attente pour les services

***Fondement :***

Le délai d'attente avant l'obtention de services constitue un élément clé de l'accessibilité (Adair et al., 1999). Une intervention rapide peut éviter des crises et le recours à des formes de soins plus intensives. Les délais peuvent causer du tort aux personnes atteintes de maladie mentale grave et à leurs familles en plus de les décourager de rechercher un traitement à l'avenir.

***Mesures :***

- ▼ Délai (exprimé en jours) entre la demande d'un service par un usager ou son aiguillage par un autre prestataire, et sa première rencontre avec un prestataire de soins en santé mentale.
- ▼ Délai (exprimé en jours) entre l'aiguillage d'un usager et son admission dans un établissement de soins aigus ou tertiaires.
- ▲ Proportion de cas urgents qui sont évalués en moins de 48 heures.

### *12.2.6* Accessibilité à des soins et à des services de transport en dehors des heures normales d'ouverture

***Fondement :***

La capacité à répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale grave à toute heure rehausse leur accès aux services de soins en santé mentale.

***Mesures :***

- ▲ Proportion de services ouverts 24 heures par jour dans une région donnée.
- ▲ Proportion de services offrant un horaire prolongé (soirées et fins de semaine) dans une région donnée.
- ▲ Services qui offrent un transport aux usagers et à leurs familles.

### *12.2.7* Refus de service

***Fondement :***

Le fait de refuser des services à des personnes atteintes de maladie mentale grave constitue un important indicateur de la réforme des soins en santé mentale car il témoigne de la capacité d'une région donnée à répondre aux besoins de sa population cible. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce refus : capacité insuffisante (par exemple, manque de personnel) ou politiques d'admission qui, par inadvertance,

causent un préjudice aux personnes atteintes de maladie mentale grave (par exemple, exigences de conformité ou d'assiduité).

***Mesures :***

- ▼ Nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave qui se voient refuser des services de soins communautaires.
- ■ Documentation étayant les raisons du refus et planification de mesures correctives.

### *12.2.8* Intervention hâtive

***Fondement :***

Le diagnostic et le traitement hâtifs évitent la souffrance et la frustration chez les usagers et leurs familles et préviennent la détérioration sociale qui accompagne les troubles graves particulièrement lorsque la personne est atteinte de psychose.

***Mesures :***

- ▼ Durée des symptômes non traités (mesurés par l'usager ou sa famille).
- ▼ Âge médian du premier traitement des personnes souffrant de troubles psychotiques.
- ▼ Nombre d'usagers dont le premier contact avec les soins en santé mentale s'effectue par les services d'urgence.
- ▲ Diffusion de l'information auprès du grand public sur les symptômes de maladie mentale et les services offerts.

### *12.2.9* Perception des usagers et de leurs familles envers l'accessibilité aux services

***Fondement :***

Bien que la mesure de la perception des usagers et de leurs familles constitue un bon indicateur systémique, les évaluations subjectives des usagers permettent parfois de cerner des problèmes ou des obstacles particuliers (NASMH, 1998).

***Mesure :***

- ▲ Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave qui se disent satisfaites de l'accès aux services de soins et de soutien. On peut mesurer l'accès en tant qu'élément constitutif de la satisfaction totale des usagers.

## *12.3* Pertinence

***Définition***

Les services de soins et de soutien fournis aux patients et usagers correspondent à leurs besoins et sont fondés sur des normes établies.

***Indicateurs de la pertinence***

- Existence de programmes principaux qui adhèrent aux pratiques exemplaires
- Fidélité des pratiques exemplaires à l'égard du modèle établi
- Mise en œuvre de services de soins et de soutien fondés sur les pratiques exemplaires
- Protocoles de traitement pour les cas de comorbidité
- Taux de réadmission dans les hôpitaux
- Taux d'hospitalisation forcée
- Durée moyenne des séjours hospitaliers
- Recours à l'isolement et à des dispositifs de retenue
- Choix du milieu de traitement le moins restrictif
- Affectation de fonds suffisante
- Perception des usagers et de leurs familles de la pertinence des services

### *12.3.1* Existence de programmes principaux qui adhèrent aux pratiques exemplaires

***Fondement :***

Le continuum des meilleures pratiques des programmes principaux indique les éléments qui fonctionnent bien et qui devraient être présents au sein d'un système réformé de la santé mentale. La Liste de contrôle des meilleures pratiques constitue un guide de planification et de mise en œuvre, et peut servir à déterminer la présence de services de soins et de soutien appropriés aux personnes atteintes de maladie mentale grave (voir section 10).

***Mesure :***

- Existence des programmes principaux suivants (ou accès à ceux-ci pour les collectivités de taille modeste) :
  - Gestion de cas et traitement communautaire dynamique
  - Intervention en cas de crise et services d'urgence
  - Logement
  - Soins en cliniques interne et externe
  - Initiatives des usagers
  - Aide autonome familiale
  - Soutien à l'éducation et à la formation professionnelle
  - Intervention hâtive
  - Soins primaires

### *12.3.2* Fidélité des pratiques exemplaires à l'égard du modèle établi

***Fondement :***

La prestation de services de soins et de soutien, effectuée au meilleur de nos connaissances actuelles, apportera des résultats positifs chez les usagers. Cet indicateur vise à confirmer que les services de soins et de soutien respectent les pratiques exemplaires qui ont été établies par les preuves scientifiques et le consensus d'experts.

***Mesures :***

- Existence d'un processus pour établir, adopter et maintenir des programmes principaux et des stratégies systémiques fondés sur les pratiques exemplaires.
- Processus de vérification de la conformité des programmes aux critères.

### *12.3.3.* Mise en œuvre de services de soins et de soutien fondés sur les pratiques exemplaires

***Fondement :***

Le fait d'avoir en place une structure de services axée sur les pratiques exemplaires ne suffit pas, encore faut-il que les programmes visent réellement les populations cibles de personnes atteintes de maladie mentale grave.

***Mesures :***

- ▲ Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave (ou de personnes souffrant d'une maladie mentale particulière) qui suivent un traitement communautaire dynamique.
- ▲ Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave (ou de personnes souffrant d'une maladie mentale particulière) qui bénéficient de logements encadrés.
- ▲ Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave (ou de personnes souffrant d'une maladie mentale particulière) qui occupent un emploi rémunéré, bénéficient d'un emploi encadré ou autre forme de soutien à l'éducation ou à l'emploi.

### *12.3.4* Protocoles de traitement pour les cas de comorbidité

***Fondement :***

Les personnes atteintes de maladie mentale grave ont un haut taux de comorbidité reliée à la toxicomanie. En l'absence d'un traitement approprié, la toxicomanie peut exacerber les maladies mentales et nuire à leur traitement.

***Mesures :***

- ▲ Nombre de programmes communautaires en santé mentale qui assurent le dépistage des cas de toxicomanie et qui comprennent un protocole approprié pour l'aiguillage ou le traitement des patients.
- ▲ Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave qui sont toxicomanes et qui bénéficient d'un traitement adapté.

### *12.3.5* Taux de réadmission dans les hôpitaux

***Fondement :***

Malgré la nature réfractaire des maladies mentales graves, un fort taux de réadmission des patients après une courte période de temps peut signifier une mauvaise qualité des soins, l'octroi de congés prématurés ou un manque de soutien communautaire (Ashton et al., 1998).

***Mesure :***

- ▼ Taux de réadmission en soins aigus durant la période de 30 jours suivant le congé, exprimé en fonction du nombre total de congés annuels reçus par les patients.

### *12.3.6* Taux d'hospitalisation forcée

***Fondement :***

Un des objectifs clés d'un système réformé est d'assurer aux personnes atteintes de maladie mentale grave un traitement, une supervision et une protection appropriés afin de minimiser les hospitalisations inutiles.

***Mesures :***

- ▼ Taux annuel d'hospitalisations involontaires.
- ▲ Proportion d'hospitalisations involontaires assortie de dispositions de congé de longue durée.

### *12.3.7* Durée moyenne des séjours hospitaliers

***Fondement :***

Des séjours hospitaliers plus longs que la moyenne pour les personnes atteintes de maladie mentale grave peuvent indiquer que les services de soins et de soutien en milieu communautaire sont inadéquats.

***Mesure :***

- ▼ Durée moyenne des séjours hospitaliers (par diagnostic et par région).

### *12.3.8* Recours à l'isolement et à des dispositifs de retenue

***Fondement :***

Le recours fréquent à des mesures hautement restrictives comme les dispositifs de retenue physiques ou pharmacologiques indique un manque de méthodes moins sévères et plus appropriées, ou un manque de respect, de la part du personnel, envers les patients (NASMH, 1998).

***Mesures :***

- ▼ Pourcentage annuel de patients admis en clinique interne qui sont placés en isolement dans chaque établissement.
- ▼ Nombre d'heures d'isolement en fonction du nombre total d'heures passées en établissement par les patients.
- ▼ Pourcentage annuel de patients admis en clinique interne qui ont été retenus par des dispositifs dans chaque établissement.
- ▼ Nombre d'heures passées dans des dispositifs de retenue en fonction du nombre total d'heures passées en établissement par année.

### *12.3.9* Choix du milieu de traitement le moins restrictif

***Fondement :***

L'objectif de transférer le maximum de patients des établissements de santé à des milieux communautaires vise à placer les patients dans le milieu de traitement le moins restrictif.

***Mesure :***

- ▼ Ratio de patients en clinique interne et en clinique externe.

### *12.3.10* Affectation de fonds suffisante

***Fondement :***

On peut juger si les affectations de fonds sont suffisantes en fonction des objectifs systémiques dont ont convenu les intéressés. On doit injecter de l'argent frais dans les nouvelles orientations de politiques pour appuyer la réforme des soins de la santé mentale, dont celles portant sur les personnes atteintes de maladie mentale grave, et investir dans les stratégies systémiques et les principaux programmes qui sont fondés sur les modèles de pratiques exemplaires.

***Mesures :***

- ▲ Proportion de l'enveloppe budgétaire totale des soins en santé mentale affectée aux personnes atteintes de maladie mentale grave.
- ▲ Proportion de fonds consacrés à la prévention de crises par rapport à la réaction aux crises.
- ▲ Proportion de fonds consacrés aux services de soutien officieux ou initiés par des usagers comparativement aux sommes consacrées aux services de soutien conventionnels.
- ▲ Proportion de fonds consacrés aux programmes fondés sur les pratiques exemplaires comparativement à l'ensemble de l'enveloppe budgétaire de la santé mentale.

### *12.3.11* Perception des usagers et de leurs familles de la pertinence des services

***Fondement :***

Les évaluations subjectives des usagers et de leurs familles au sujet de la pertinence des services sont nécessaires pour compléter les autres indicateurs de ce domaine.

***Mesure :***

- ▲ Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave qui estiment que les services de soins et de soutien conviennent à leurs besoins. On peut mesurer la pertinence des services en tant qu'élément constitutif de la satisfaction totale des usagers.

## *12.4* Compétence

***Définition***

Les services de soins et de soutien sont assurés par des personnes ayant les compétences nécessaires.

***Indicateurs de la compétence***

Bien que l'évaluation des compétences des praticiens de la santé mentale constitue un aspect critique de la qualité des soins de la santé mentale, la définition et la mesure de ces compétences demeurent encore à leurs balbutiements. Compte tenu de cette situation, il nous est impossible de cerner des indicateurs précis qui refléteront des connaissances, des habiletés et des aptitudes mesurables. Nous avons donc choisi d'énumérer les principales qualités ou aptitudes que devrait afficher le personnel qui assure la prestation directe des soins. Veuillez noter qu'il s'agit de compétences génériques qui ne sont reliées à aucune discipline en particulier.

- ◆ Connaissance des ressources des milieux communautaires et de la santé
- ◆ Connaissance de la législation sur la santé mentale dont les domaines de la protection des droits et des hospitalisations forcées
- ◆ Aptitude à rejoindre les gens qui refusent les services ou traitements
- ◆ Aptitude à considérer les usagers et leurs familles comme des partenaires de la planification et la prestation des services

- Connaissance des tâches et des rôles principaux des équipes pluridisciplinaires
- Aptitude à entreprendre et à documenter une évaluation exhaustive
- Connaissances et aptitudes en évaluation du risque
- Compétence dans l'utilisation des méthodes de mesure normalisées
- Connaissance des effets secondaires des médicaments psychotropes
- Connaissances et aptitudes en pratique et théorie de l'intervention en cas de crise
- Connaissances et aptitudes en évaluation et gestion de la combinaison de maladie mentale et de toxicomanie
- Connaissance de la démarche biopsychosociale envers la maladie mentale
- Connaissances et capacités nécessaires à la mise en œuvre des pratiques exemplaires fondées sur les preuves scientifiques
- Connaissance des stratégies pour assurer la protection du personnel et éviter le surmenage

## *12.5* Continuité

***Définition***

La capacité des programmes, des praticiens et des organisations à fournir, à long terme, des services de soins et de soutien ininterrompus et coordonnés à divers niveaux de service.

***Indicateurs de la continuité***

- Mécanismes de continuité
- Recours aux services des salles d'urgence
- Suivi après l'hospitalisation
- Mécanisme de rémunération des généralistes pour les consultations
- Élaboration de plans de suivi après le congé
- Suivi des usagers
- Rapatriement des personnes atteintes de maladie mentale grave
- Unification de la reddition de comptes

### *12.5.1* Mécanismes de continuité

***Fondement :***

Les mécanismes de continuité comme la gestion de cas aident à coordonner les éléments épars du système de soins ainsi que les usagers aux besoins complexes qui doivent être aiguillés vers divers prestataires. Les gestionnaires de cas peuvent assurer la continuité du suivi lorsque les besoins des usagers évoluent.

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave qui bénéficient des services d'un gestionnaire de cas.

### *12.5.2* Recours aux services des salles d'urgence

***Fondement :***

Le manque de coordination des soins est l'une des principales raisons de l'échec des services. Un haut taux de recours aux salles d'urgence par des personnes atteintes de maladie mentale grave indique une faille ou un manque de continuité dans les services de soutien communautaire.

***Mesure :***

- ▼ Nombre de visites annuelles aux salles d'urgence par des personnes atteintes de maladie mentale grave.

### *12.5.3* Suivi après l'hospitalisation

***Fondement :***

Pour maintenir la stabilité clinique et fonctionnelle des personnes qui, en raison d'un épisode psychotique aigu, ont dû être hospitalisées et prévenir de nouvelles hospitalisations, on doit leur offrir des services de soutien et de suivi adaptés.

***Mesures:***

- ▲ Pourcentage de patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital après avoir eu un premier diagnostic de leur maladie mentale et qui sont entrés en contact avec un service de santé mentale communautaire dans les 30 jours suivant leur congé.
- ▲ Pourcentage de patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital et qui ont été en contact avec un service psychiatrique dans les 30 jours suivant leur congé.
- ▼ Moyenne de jours entre le congé de l'hôpital et les premiers contacts avec les services de soutien communautaires.

### *12.5.4* Mécanisme de rémunération des généralistes pour les consultations

***Fondement :***

Étant donné le rôle central que jouent les médecins généralistes dans la gestion des cas des personnes atteintes de maladie mentale grave, on doit établir une bonne communication entre ces médecins et les autres prestataires afin d'assurer une bonne planification des soins. Certains systèmes ne rémunèrent pas les médecins pour les consultations professionnelles au sujet des patients, ce qui limite leur capacité à coordonner leur travail avec celui du personnel des services communautaires et ainsi de fournir des soins efficaces aux patients qui ont des besoins complexes. Un système de rémunération complémentaire (contrats ou salaires) fournirait à ces généralistes plus d'occasions de coordonner les soins avec les autres prestataires.

***Mesure :***

- ■ Existence d'une grille de tarifs au sein du système de rémunération à l'acte pour rémunérer les généralistes dans le cadre des activités de consultation ou de gestion de cas.
- ▲ Proportion de généralistes qui sont rémunérés par des mécanismes autres que la rémunération à l'acte.

### *12.5.5* Élaboration de plans de suivi après le congé

***Fondement :***

Les patients qui obtiennent leur congé après des soins psychiatriques à l'hôpital et qui sont munis d'un plan structuré de suivi auprès des services communautaires sont moins susceptibles d'être hospitalisés à nouveau.

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage de patients qui obtiennent leur congé d'établissement de soins aigus (à l'exclusion de ceux qui quittent contre l'avis de leur médecin) et qui sont munis d'un plan de suivi.

### *12.5.6* Suivi des usagers

***Fondement :***

Il est parfois difficile d'encourager les personnes atteintes de maladie mentale grave à suivre un traitement et on doit donc surveiller de près leurs besoins. Un faible taux de suivi indique une mauvaise surveillance des groupes cibles les plus vulnérables.

***Mesure :***

- ▼ Proportion d'usagers dont le suivi par les services communautaires est interrompu au bout de six mois et de un an.

### *12.5.7* Rapatriement des personnes atteintes de maladie mentale grave

***Fondement :***

Le retour des personnes atteintes de maladie mentale grave à leur collectivité en régions rurales ou éloignées, après un séjour dans un établissement en dehors de leur région, constitue un élément clé de la continuité des soins et de leur stabilité. Le rapatriement de ces usagers est un indicateur important car il reflète la capacité des collectivités à fournir le soutien communautaire nécessaire. Le rapatriement facilite aussi la cogestion qui est dans l'intérêt des usagers.

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage d'usagers transférés dans des établissements de soins aigus ou tertiaires à l'extérieur de leur collectivité et qui y retournent après l'obtention de leur congé.

### *12.5.8* Unification de la reddition de comptes

***Fondement :***

L'unification des responsabilités financières et des programmes au sein d'une organisation locale ou régionale facilite l'intégration du continuum de soins et la reddition de comptes.

***Mesure :***

- ■ Existence d'une seule organisation locale ou régionale responsable des soins de la santé mentale.

## *12.6* Efficacité

***Définition***

Soins, services, interventions ou actions qui donnent les résultats escomptés.

***Indicateurs de l'efficacité***

- ◆ Situation de vie communautaire
- ◆ Taux de mortalité
- ◆ Taux de délinquance ou de criminalité
- ◆ État de santé
- ◆ Capacités fonctionnelles
- ◆ Situation professionnelle
- ◆ Situation domiciliaire
- ◆ Situation financière
- ◆ Qualité de vie
- ◆ Absence de diagnostic des usagers

### *12.6.1* Situation de vie communautaire

***Fondement :***

L'amélioration de la situation de vie communautaire des personnes atteintes de maladie mentale grave, et la réduction afférente des séjours à l'hôpital ou dans d'autres établissements, témoignent de l'amélioration des services de soutien en milieu communautaire.

***Mesures :***

- ▼ Nombre annuel de jours d'hospitalisation et d'incarcération des personnes atteintes de maladie mentale grave qui reçoivent des services.
- ▼ Nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave qui ont quitté leur milieu communautaire pour une période de plus de 90 jours.

### *12.6.2* Taux de mortalité

***Fondement :***

Les données scientifiques démontrent que les personnes atteintes de maladie mentale grave ont un taux de mortalité plus élevé que la moyenne (HSRI, 1999) et meurent donc plus jeunes. L'amélioration des soins prodigués à ces personnes devrait se refléter dans leur taux de mortalité.

***Mesures :***

- ▼ Taux de mortalité brut des personnes atteintes de maladie mentale grave (ou des personnes atteintes d'une maladie mentale particulière).
- ▼ Taux de mortalité normalisé des personnes atteintes de maladie mentale grave (ou des personnes atteintes d'une maladie mentale particulière).
- ▼ Moyenne d'années perdues par les personnes atteintes de maladie mentale grave qui sont mortes au courant de l'année calculé comme la différence entre leur âge au décès et l'espérance de vie normale.

*Notons que si le taux de mortalité est plus souvent utilisé comme indicateur de l'état de santé de la population en général que comme un indicateur d'efficacité, nous l'avons inclus en raison de son importance en tant que résultat de santé et indicateur global de l'incidence du système. On doit tenir compte de deux facteurs dans l'utilisation de cet indicateur : la répartition des causes du taux de mortalité entre la santé mentale et la situation socio-économique; et dans quelle mesure on peut distinguer les deux phénomènes.*

### *12.6.3* Taux de délinquance ou de criminalité

***Fondement :***

Les personnes atteintes de maladie mentale grave sont plus susceptibles de commettre des délits et des crimes en raison de leur manque de jugement, de leur comportement agressif ou inadéquat, ou du manque de placement en milieu communautaire.

***Mesures :***

- ▼ Proportion de personnes atteintes de maladie mentale grave qui sont appréhendées ou incarcérées par les services policiers par rapport à la population générale (par prestataire).

- ▼ Modification du nombre d'arrestations dans les 30 jours précédant l'admission ainsi qu'aux points de contrôle de six et douze mois suivant le congé.
- ▼ Nombre d'interventions policières reliées à des personnes atteintes de maladie mentale grave.

### *12.6.4* État de santé

***Fondement :***

Un des principaux objectifs des services de soins en santé mentale est la réduction des symptômes cliniques, de la détresse afférente et de l'incidence de la maladie sur la vie quotidienne.

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage de récipiendaires de services qui connaissent une réduction du nombre et de la gravité de leurs symptômes entre leur admission et le suivi après le traitement. On peut utiliser l'une ou l'autre des nombreuses méthodes de mesure pour évaluer la gravité des symptômes.

*Note : Voir Durbin et al., 2000 pour des méthodes de mesure des symptômes.*

### *12.6.5* Capacités fonctionnelles

***Fondement :***

L'amélioration des capacités fonctionnelles des personnes atteintes de maladie mentale grave constitue un des objectifs clés des services de soins et de soutien. On peut mesurer ces capacités selon des méthodes globales ou par le degré d'autonomie manifesté par les usagers dans diverses activités (situation professionnelle, domiciliaire et financière).

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage de récipiendaires de services qui ont amélioré ou maintenu leurs capacités fonctionnelles, telles que mesurées par une méthode globale normalisée.

*Notons que chez certaines personnes atteintes de maladie mentale grave, le maintien des capacités fonctionnelles constitue un résultat satisfaisant. (Voir Durbin et al., 2000 pour des méthodes de mesure des symptômes.)*

### *12.6.6* Situation professionnelle

***Fondement :***

Les personnes atteintes de maladie mentale grave peuvent travailler et elles ont exprimé le besoin d'avoir des activités significatives le jour qui contribuent à leur estime de soi et à leur bien-être. Bien que le fait d'occuper un poste rémunéré constitue le point culminant dans ce domaine, il existe néanmoins plusieurs types d'emplois encadrés qui peuvent donner à ces personnes un sentiment d'autonomie et de participation.

***Mesures :***

- ■ Ventilation du pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave qui reçoivent des services et qui occupent l'une ou l'autre des catégories professionnelles définies dans la trousse de la International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- ▲ Pourcentage de récipiendaires de services qui occupent un poste rémunéré dans un milieu compétitif.

### *12.6.7* Situation domiciliaire

***Fondement :***

Un logement sécuritaire, salubre et abordable est essentiel à la stabilité et à l'intégration sociale des personnes atteintes de maladie mentale grave. Les programmes de logements encadrés pour ce groupe cible constituent un élément clé de la réforme des soins en santé mentale. Le nombre de récipiendaires de services qui occupent des logements convenables constitue donc un indicateur clé de la réforme.

***Mesures :***

- ■ Ventilation du nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave qui reçoivent des services, réparties selon les situations domiciliaires définies dans la trousse de la International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- ▲ Pourcentage de récipiendaires de services qui occupent un logement encadré ou non encadré.
- ▼ Nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave qui sont sur des listes d'attente de logements.

### *12.6.8* Situation financière

***Fondement :***

Un revenu suffisant peut faire toute la différence dans la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale grave.

***Mesures :***

- ▲ Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave qui vivent au-dessus du seuil de la pauvreté.
- ▲ Pourcentage de personnes atteintes de maladie mentale grave qui reçoivent une rente d'invalidité.

### *12.6.9* Qualité de vie

***Fondement :***

La qualité de vie est un important indicateur des avantages reçus par les usagers et leurs familles qui sert à évaluer l'efficacité des programmes et les progrès de la réforme des soins en santé mentale (Thornicroft et Tansella, 1999). De plus, la qualité de vie constitue un bon indicateur de l'efficacité des services de soins et de soutien. On ne doit pas mesurer cette qualité en se fondant uniquement sur les résultats obtenus par les usagers (par exemple, la réduction de la gravité des symptômes, l'amélioration des capacités fonctionnelles) mais plutôt la mesurer directement.

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage de récipiendaires de services dont la qualité de vie a été rehaussée, telle que mesurée par une méthode reconnue (Lehman, 1988).

*Note : Voir Durbin et al., 2000 pour des méthodes de mesure de la qualité de vie.*

### *12.6.10* Absence de diagnostic des usagers

***Fondement :***

Toute intervention efficace auprès de personnes atteintes de maladie mentale grave exige une évaluation et un diagnostic précis. Néanmoins, les dossiers des usagers des services communautaires révèlent souvent l'absence d'un diagnostic concluant.

***Mesure :***

- ▲ Pourcentage de récipiendaires habituels de services communautaires dont le diagnostic psychiatrique officiel a été clairement établi et consigné dans les dossiers administratifs et médicaux.

*Notons que dans certains cas, l'absence d'un diagnostic concluant n'est pas une indication de la mauvaise qualité des soins. Les spécialistes de l'intervention hâtive ont souligné les grandes variations de symptômes chez les jeunes adultes et la nécessité d'entreprendre une évaluation exhaustive et une période d'observation avant de faire un diagnostic définitif.*

## *12.7* Efficience

***Définition***

L'obtention des résultats escomptés en utilisant les ressources de la façon la plus efficiente possible.

***Indicateurs de l'efficience***

- Sommes consacrées aux soins de la santé mentale par personne
- Coût du personnel administratif
- Formule d'affectation des fonds en fonction des besoins
- Équilibre entre les établissements de santé et le milieu communautaire
- Planification de l'affectation des fonds
- Coût unitaire et coût par patient
- Budget annuel de l'évaluation et du suivi du rendement

### *12.7.1* Sommes consacrées aux soins en santé mentale par personne

***Fondement:***

Les sommes consacrées aux soins en santé mentale par personne permettent de faire des comparaisons entre les autorités administratives afin de déterminer si l'enveloppe budgétaire totale est suffisante. Le suivi de cet indicateur sur une période de temps démontre aussi si l'enveloppe budgétaire de la santé mentale est suffisamment protégée.

***Mesure :***

▲ Sommes totales consacrées au secteur de la santé mentale (incluant tous les services de la santé : services des médecins, coût des régimes d'assurance-médicament, services de soins et de soutien communautaires, et soins en clinique interne), calculée selon la population totale d'une région donnée.

### *12.7.2* Coût du personnel administratif

***Fondement :***

La proportion du budget consacrée aux salaires du personnel administratif et autre qui ne participent pas directement à l'exécution des programmes communautaires de soins en santé mentale constitue un indicateur de l'efficience et de la maîtrise des coûts (Kamis-Gould, 1996).

***Mesure :***

▼ Proportion du budget consacrée aux équivalents temps plein du personnel d'administration et de soutien.

### *12.7.3* Formule d'affectation des fonds en fonction des besoins

***Fondement :***

L'affectation de fonds fondée sur l'épidémiologie psychiatrique, les taux de morbidité, d'incapacité et de mortalité afférents ainsi que les facteurs sociodémographiques permet une répartition plus équitable des fonds à l'égard des besoins réels des populations locales que la démarche fondée uniquement sur les facteurs d'utilisation des services et de la taille de la population.

***Mesure :***

- Affectation des fonds des soins de la santé mentale en fonction d'une formule fondée sur les besoins de la population visée.

### *12.7.4* Équilibre entre les établissements de santé et le milieu communautaire

***Fondement :***

Un des éléments clés de la réforme des soins en santé mentale est le transfert des patients des établissements de santé vers les programmes et services communautaires, en autant que le milieu communautaire dispose de fonds suffisants.

***Mesure :***

- ▲ Proportion de fonds affectés au milieu communautaire par rapport aux établissements de santé mentale.

### *12.7.5* Planification de l'affectation des fonds

***Fondement :***

Une bonne planification des services exige que le continuum de services et de fonds afférents corresponde aux besoins de la population cible. Pour ce faire, on doit classer les usagers en fonction de leurs besoins; adopter une méthode pour mettre les programmes en ordre d'exigences de fonds; et élaborer une méthode pour déterminer les capacités de services nécessaires à différents points du continuum de services.

***Mesure :***

- Existence d'un processus explicite pour inclure systématiquement les niveaux de besoins de la population cible dans l'affectation des fonds.

### *12.7.6* Coût unitaire et coût par patient

***Fondement :***

Le coût unitaire des programmes de santé mentale permet de mesurer l'efficience relative des services. De même, une bonne compréhension des coûts par usager desservi annuellement permet de juger de la productivité et de

comparer les coûts entre des services semblables. Ces deux indicateurs doivent être ajustés en fonction des diagnostics et sont plus particulièrement utiles lorsqu'ils sont utilisés avec les données sur les résultats des programmes.

***Mesure :***

- ▼ Coût total divisé par le coût unitaire des services du programme.
- ▼ Coût total divisé par le nombre d'usagers desservis par le programme.

### *12.7.7* Budget annuel de l'évaluation et du suivi du rendement

***Fondement :***

L'évaluation et le suivi des initiatives de la réforme des soins en santé mentale exigent un soutien financier adéquat. Les évaluations routinières du rendement sont essentielles à la reddition de comptes des programmes et du système ainsi qu'à l'amélioration continue de la qualité.

***Mesure :***

- ▲ Portion du budget de santé mentale consacrée à l'édification des capacités organisationnelles nécessaires pour effectuer le suivi du rendement.

## *12.8* Sécurité

***Définition***

Diminution ou évitement des risques attribuables aux interventions ou au milieu. (Dans le cadre du présent document, la sécurité comprend la sécurité des usagers, du personnel et du grand public.)

***Indicateurs de sécurité***

- ◆ Complications attribuables à la sismothérapie
- ◆ Erreurs médicales et effets secondaires
- ◆ Incidents graves impliquant des usagers
- ◆ Suicides
- ◆ Homicides

### *12.8.1* Complications attribuables à la sismothérapie

***Fondement :***

La sismothérapie peut causer de graves effets secondaires dont un infarctus du myocarde, des dommages aux dents, des fractures, des obstructions des voies respiratoires, de l'arythmie, un accident cardiovasculaire ou une complication anesthésique sérieuse (Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, 1998).

***Mesure :***

- Pourcentage de patients qui subissent des complications à la suite d'un traitement de sismothérapie.

### *12.8.2* Erreurs médicales et effets secondaires

***Fondement :***

Un traitement pharmacologique efficace et sécuritaire exige un équilibre entre les avantages thérapeutiques de la prise d'un médicament et ses effets secondaires, qui sont fréquents avec les produits neuroleptiques ou psychotropes. De plus, des erreurs médicales peuvent survenir au moment de l'ordonnance, de la distribution et de l'administration des médicaments ou en raison de la non-conformité au traitement.

***Mesures :***

- Nombre d'erreurs médicales et d'effets secondaires rapportés par les patients à leur gestionnaire de cas.
- Nombre de services médicaux ou hospitaliers rendus directement nécessaires en raison de problèmes reliés à la consommation de psychotropes.

### *12.8.3* Incidents graves impliquant des usagers

***Fondement :***

Le nombre, la fréquence et la gravité des incidents impliquant des patients durant un séjour hospitalier témoignent de la capacité des établissements à assurer leur protection. De plus, on doit tenir compte des incidents où un membre du personnel est blessé.

***Mesures :***

- Nombre d'incidents exigeant des soins médicaux aux patients psychiatriques et aux membres du personnel, calculé en fonction du nombre de patients annuels.
- Nombre de rapports confirmés de patients agressés sexuellement.

### *12.8.4* Suicides

***Fondement :***

Le risque de suicide est sans contredit la plus grave menace qui pèse sur les personnes atteintes de maladie mentale grave. Le taux de suicide et de tentatives de suicide des usagers est élevé. Une bonne proportion de ces personnes ont eu un contact avec le système de soins en santé mentale au

cours des 12 derniers mois. Bien que de nombreux facteurs hors de la portée des services de santé puissent provoquer le suicide, on estime qu'il s'agit d'un accident évitable. De nombreux gouvernements de par le monde ont établi des objectifs de réduction du taux de suicide (Royaume-Uni, National Health Service, 1999). Les taux de suicide des populations cibles établissent naturellement les priorités des efforts de prévention.

*Notons qu'au Royaume-Uni, le nombre officiel de suicides comprend aussi les décès aux causes inconnues parce que les études sur ces derniers établissent presque toujours qu'il s'agissait de suicide (Jenkins, 1998).*

***Mesures :***

- ▼ Taux de suicide de la population en général, exprimé en nombre de suicides par millier de personnes, et réparti selon le sexe et les groupes d'âge.
- ▼ Taux de suicide des personnes atteintes de maladie mentale grave (ou faisant partie d'un groupe de malades au diagnostic reconnu), exprimé en nombre de suicides par millier de personnes.
- ▼ Taux de suicide chez les Autochtones.
- ▼ Taux de parasuicide selon les données de contacts des services d'urgence.

### *12.8.5* Homicides

***Fondement :***

Un petit nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave sont dangereuses et constituent une menace pour la société.

***Mesure :***

- ▼ Nombre d'homicides commis par des personnes atteintes de maladie mentale grave.

## *12.9* Caractéristiques du système de santé et des collectivités

Les caractéristiques sociales, démographiques, géographiques et économiques d'une région donnée établissent le milieu social et les éléments uniques à chacune des agglomérations canadiennes, grandes ou petites. Pour bien interpréter les indicateurs de rendement des services de soins et de soutien en santé mentale, on doit tenir compte de ces caractéristiques.

***Facteurs sociodémographiques***

En raison de leurs caractéristiques sociodémographiques, certaines collectivités auront des taux globaux de privation plus élevés et conséquemment, un besoin disproportionné de soins en santé mentale. La Grande-Bretagne a élaboré un index de besoins en santé mentale, qui est un modèle régressif fondé sur des variables issues des recensements, pour prédire les taux d'admission en

établissements par région (Glover et al., 1998). Nous suggérons de suivre et de rapporter les indicateurs sociodémographiques suivants :

- Proportion des sans-abri
- Taux de chômage
- Composition des groupes d'âge
- Composition ethnique
- Isolement social
- Proportion de familles monoparentales
- Degré d'urbanisation (c'est-à-dire la présence de quartiers où la pauvreté est endémique)

### *Facteurs socio-économiques*

La situation économique de toute collectivité est directement reliée au bien-être et à la santé mentale de ses habitants. De nombreuses petites collectivités dépendent de l'exploitation d'une seule ressource naturelle et même d'un seul grand employeur. Les événements qui touchent ces industries, comme la fermeture de mines ou d'usines, affectent directement la stabilité sociale et la santé de ces collectivités. Nous suggérons de suivre les indicateurs socio-économiques suivants :

- Revenu familial moyen
- Proportion de la main-d'œuvre locale à l'emploi du secteur des ressources naturelles
- Mises à pied récentes
- Modifications à l'environnement des ressources naturelles (par exemple, déversement pétrolier, épuisement des stocks de poissons)
- Rationalisation industrielle et fermeture d'usines ou autres

### *Événements inhabituels ou catastrophiques*

De temps à autre, une collectivité connaît une crise à la suite d'une catastrophe naturelle (tremblement de terre, inondation et autres), d'un accident industriel touchant sa population ou d'un désastre social comme une hausse spectaculaire du nombre de suicides chez les jeunes, comme cela s'est produit dans les collectivités autochtones. De tels événements ont une incidence marquée sur les besoins en services de soins en santé mentale. Nous suggérons donc d'établir des indicateurs à l'égard des éléments suivants :

- Catastrophes naturelles
- Accidents industriels ou autres
- Taux d'homicides ou autres crimes violents
- Augmentation de la détresse chez les jeunes, du taux de suicide et autres

*Caractéristiques du système de santé*

La configuration des services de santé et autres services sociaux d'une collectivité doit être prise en considération dans l'évaluation des soins en santé mentale. Les indicateurs de base sont les suivants :

- Nombre de patients par médecin
- Nombre de lits de soins aigus en psychiatrie
- Distance du plus proche hôpital de soins aigus
- Disponibilité des services d'urgence
- Nombre de résidents en psychiatrie et autres spécialistes de la santé mentale
- Présence d'établissements spécialisés offrant des soins psychiatriques en clinique interne
- Présence d'installations résidentielles pour les personnes atteintes de maladie mentale grave (logements encadrés, programmes spécialisés de traitement résidentiel)

## *12.10* Paramètres des indicateurs

### *Acceptabilité*

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| 12.1.1 Satisfaction des usagers et de leurs familles envers les services reçus | résultats | programme, usager | programme, clinique |
| 12.1.2 Plaintes officielles | processus | système, programme | politique |
| 12.1.3 Charte des droits | processus | système | politique, programme |
| 12.1.4 Participation des usagers et de leurs familles aux décisions sur le traitement | processus | programme, usager | clinique |
| 12.1.5 Participation des usagers et de leurs familles à la planification et à la prestation des services | processus | système | politique |
| 12.1.6 Sensibilité culturelle | processus | programme | programme, clinique |

*Accessibilité*

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| 12.2.1 Prestation de services aux personnes atteintes de maladie mentale grave | processus | système, programme | politique, programme |
| 12.2.2 Prestation de services aux sans-abri | processus | système, programme | politique, programme |
| 12.2.3 Accès à des psychiatres | intrant, processus | système | politique |
| 12.2.4 Accès à des soins primaires | processus | système, programme | politique, programme, clinique |
| 12.2.5 Délai d'attente pour les services | processus | programme | politique, programme |
| 12.2.6 Accessibilité à des soins et à des services de transport en dehors des heures normales d'ouverture | processus | programme | politique, programme, clinique |
| 12.2.7 Refus de service | processus | système, programme | politique |
| 12.2.8 Intervention hâtive | processus | système, programme | programme, clinique |
| 12.2.9 Perception des usagers et de leurs familles envers l'accessibilité aux services | processus | programme, usager | programme |

*Pertinence*

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| 12.3.1 Existence de programmes principaux qui adhèrent aux pratiques exemplaires | processus | système, programme | politique, programme |
| 12.3.2 Fidélité des pratiques exemplaires à l'égard du modèle établi | processus | système, programme | politique, programme |
| 12.3.3 Mise en œuvre de services de soins et de soutien fondés sur les pratiques exemplaires | processus | usager | programme, clinique |
| 12.3.4 Protocoles de traitement pour les cas de comorbidité | processus | programme | clinique |
| 12.3.5 Taux de réadmission dans les hôpitaux | processus | système | politique |
| 12.3.6 Taux d'hospitalisation forcée | processus | système | politique |
| 12.3.7 Durée moyenne des séjours hospitaliers | processus | système | politique, programme |
| 12.3.8 Recours à l'isolement et à des dispositifs de retenue | processus | programme | programme, clinique |
| 12.3.9 Choix du milieu de traitement le moins restrictif | processus | système | politique, clinique |
| 12.3.10 Affectation de fonds suffisante | intrant | système | politique |
| 12.3.11 Perception des usagers et de leurs familles de la pertinence des services | processus | système | politique, programme |

### *Compétence*

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| | Voir la section 12.4 | | |

### *Continuité*

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| 12.5.1 Mécanismes de continuité | processus | système, programme | politique, programme |
| 12.5.2 Recours aux services des salles d'urgence | processus | système | politique |
| 12.5.3 Suivi après l'hospitalisation | processus | système, programme | politique, programme |
| 12.5.4 Mécanisme de rémunération des généralistes pour les consultations | intrant, processus | système | politique |
| 12.5.5 Élaboration de plans de suivi après le congé | processus | programme, usager | programme, clinique |
| 12.5.6 Suivi des usagers | processus | programme | programme |
| 12.5.7 Rapatriement des personnes atteintes de maladie mentale grave | processus | système | politique |
| 12.5.8 Unification de la reddition de comptes | processus | système | politique |

*Efficacité*

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| 12.6.1 Situation de vie communautaire | résultats | système, programme | programme, clinique |
| 12.6.2 Taux de mortalité | résultats | système | politique |
| 12.6.3 Taux de délinquance ou de criminalité | résultats | système | politique |
| 12.6.4 État de santé | résultats | programme, usager | clinique |
| 12.6.5 Capacités fonctionnelles | résultats | programme, usager | clinique |
| 12.6.6 Situation professionnelle | résultats | programme, usager | clinique |
| 12.6.7 Situation domiciliaire | résultats | programme, usager | clinique |
| 12.6.8 Situation financière | résultats | programme, usager | clinique |
| 12.6.9 Qualité de vie | résultats | programme, usager | clinique |
| 12.6.10 Absence de diagnostic des usagers | processus | programme | politique, programme, clinique |

***Efficience***

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| 12.7.1 Sommes consacrées aux soins en santé mentale par personne | intrant | système | politique |
| 12.7.2 Coût du personnel administratif | intrant | programme | programme |
| 12.7.3 Formule d'affectation des fonds en fonction des besoins | processus | système | politique |
| 12.7.4 Équilibre entre les établissements de santé et le milieu communautaire | intrant | système | politique |
| 12.7.5 Planification de l'affectation des fonds | processus | système | politique |
| 12.7.6 Coût unitaire et coût par usager | intrant | programme | programme |
| 12.7.7 Budget annuel de l'évaluation et du suivi du rendement | intrant | système | politique |

*Sécurité*

| Indicateur | Type d'indicateur (intrant, processus, résultats) | Palier de la mesure (système, programme, usager) | Type d'utilité (politique, programmation, clinique) |
|---|---|---|---|
| 12.8.1 Complications attribuables à la sismothérapie | résultats (négatifs) | programme, usager | programme, clinique |
| 12.8.2 Erreurs médicales et effets secondaires | résultats (négatifs) | usager | clinique |
| 12.8.3 Incidents graves impliquant des usagers | résultats (négatifs) | programme | programme |
| 12.8.4 Suicides | résultats (négatifs) | système | politique, programme |
| 12.8.5 Homicides | résultats (négatifs) | système | politique |

## *13.* Liste de contrôle

Les questions suivantes vous aideront à déterminer si l'élaboration de votre plan de suivi du rendement a bien respecté les principaux processus et étapes recommandés.

- ✓ A-t-on établi des objectifs et des buts clairs quant aux services de soins et de soutien eu santé mentale?
- ✓ Les principaux intéressés dont les usagers et leurs familles, ont-ils participé à l'établissement des buts et objectifs?
- ✓ Les objectifs de services et de résultats reflètent-ils les attentes explicites d'une charte des droits des usagers et de leurs familles?
- ✓ Les objectifs reflètent-ils les critères des pratiques exemplaires touchant les principaux programmes et les stratégies systémiques?
- ✓ A-t-on élaboré un cadre ou un plan d'évaluation précisant les objectifs prioritaires et si possible des cibles de rendement pour le cycle d'évaluation en cours?
- ✓ Ce plan est-il réalisable?
- ✓ A-t-on rendu le cadre d'évaluation public et est-il soumis à un engagement envers une production régulière de rapports?
- ✓ A-t-on déterminé les indicateurs qui permettront de mesurer les progrès envers les buts et objectifs?
- ✓ Les indicateurs retenus représentent-ils bien les informations de rendement souhaitées à l'égard du programme ou système évalué?
- ✓ Les indicateurs retenus sont-ils valides et fiables?
- ✓ Les données des indicateurs proviendront-elles des sources existantes de données administratives? Où trouvera-t-on les données? Sont-elles facilement accessibles? Sont-elles complètes?
- ✓ Si certaines données touchant un indicateur clé n'existent pas, de quelle façon et à quel coût seront-elles obtenues?
- ✓ A-t-on confié à un bureau ou à du personnel en particulier la tâche de colliger, d'analyser, de compiler et de rapporter les informations sur le rendement?

Dispose-t-on du savoir-faire technique nécessaire? Dispose-t-on des fonds suffisants pour mener le travail à bien?

- ✓ A-t-on normalisé les données ou les a-t-on ajustées en fonction du risque afin de tenir compte des sources de variations inhérentes ou des préjugés qui ne reflètent pas des différences réelles de rendement?
- ✓ Les groupes d'usagers et des membres de leurs familles ont-ils participé à l'interprétation des données sur le rendement?
- ✓ Les informations sur le rendement sont-elles divulguées d'une manière facile à comprendre et à obtenir?
- ✓ A-t-on divulgué les lacunes du rendement et les stratégies pour les régler?
- ✓ A-t-on établi clairement un mécanisme pour que les informations de rendement puissent orienter les décisions et politiques de la santé mentale?
- ✓ Dispose-t-on d'un forum, auquel participent les principaux intéressés, pour réorienter les buts, les objectifs et les stratégies du prochain cycle d'évaluation du rendement?

# Annexe A

## Les indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale

*Équipe du projet*

**Elliot M. Goldner**
Chef, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires
Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique

**Kimberley McEwan**
Experte-conseil, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires
Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique

**Vicki Farrally**
Experte-conseil, Unité d'évaluation de la santé mentale et des consultations communautaires
Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique

**Morris Barer**
Directeur, Centre pour la recherche sur les politiques et services de santé, Université de la Colombie-Britannique

**Robert Woollard**
Chef, Département de la médecine familiale, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

**Pierre Leichner**
Membre de la faculté clinique, Division de la santé mentale communautaire, Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique

**Eric MacNaughton**
Coordonnateur, Recherche et politique, Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique

**Catherine Hume**
Coordonnatrice, Projets spéciaux, Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique

**Alex Berland**
Directeur intérimaire, Division de la santé mentale des adultes, ministère de la santé de la Colombie-Britannique

**Arnold Skulmoski**
Gestionnaire, Division de la santé mentale des adultes, ministère de la santé de la Colombie-Britannique

# *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale*

# Annexe B

## Questionnaire de l'enquête sur les indicateurs de rendement

Questionnaire de l'enquête effectuée auprès des membres du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial au sujet de l'élaboration d'une trousse sur les indicateurs de rendement *Veuillez cocher la case pertinente.*

1. Comment décririez-vous les progrès de la réforme des soins en santé mentale dans votre province ou territoire?
   - ❍ Progrès minimaux — Début de la mise en œuvre
   - ❍ Progrès modérés — Mise en œuvre en cours
   - ❍ Progrès substantiels — Mise en œuvre passablement avancée
2. Votre province ou territoire a-t-il adopté et divulgué un plan opérationnel ou de mise en œuvre officiel pour la réforme des soins en santé mentale?
   - ❍ Oui (année : _____) ❍ Non
3. Ce plan comprend-il des objectifs précis de changements mesurables?
   - ❍ Oui ❍ Non
4. Ce plan comprend-il des stratégies de suivi du rendement à l'égard de ces objectifs?
   - ❍ Oui ❍ Non
5. Votre province ou territoire effectue-t-il un suivi officiel du rendement du secteur de la santé mentale (au palier du système, des programmes ou des usagers)?
   - ❍ Oui ❍ Non
6. De quelle façon les résultats de ces activités de suivi sont-ils divulgués aux intéressés?
   - ❍ Rapports officiels distribués à l'externe sur une base annuelle ou régulière
   - ❍ Rapports officieux
   - ❍ Aucune divulgation externe des résultats
   - ❍ Sans objet

# Annexe C

## Cadre conceptuel des indicateurs de rendement sur la santé mentale

*État de santé*

| Problèmes de santé | Fonction humaine | Bien-être | Décès |
|---|---|---|---|
| Modifications de l'état de santé, telles maladie, trouble, blessure ou traumatisme, ou qui reflètent d'autres états liés à la santé | Modifications aux fonctions ou aux structures corporelles (déficience), aux activités (limitation de l'activité), et à la participation (restrictions de la participation) | Mesures générales du bien-être physique, mental et social des individus | Taux de mortalité spécifiques à l'âge ou à une maladie, et autres indicateurs dérivés |

*Déterminants non médicaux de la santé*

| Comportements sanitaires | Conditions de vie et de travail | Ressources personnelles | Facteurs environnementaux |
|---|---|---|---|
| Aspects du comportement personnel et des facteurs de risque qui influencent l'état de santé | Caractéristiques socio-économiques et conditions de travail de la population qui sont associées à la santé | Mesure de la prévalence des facteurs tels le soutien social et le stress, qui sont associés à la santé | Facteurs environnementaux qui peuvent influencer la santé |

## Cadre conceptuel des indicateurs de rendement sur la santé mentale (suite)

### *Rendement du système de santé*

| Acceptabilité | Accessibilité | Caractère approprié | Compétence |
|---|---|---|---|
| Soins et services fournis répondant aux attentes des usagers, de la collectivité, des dispensateurs et des organismes payeurs | Capacité des patients et des usagers à obtenir des soins ou des services au bon endroit et au bon moment, selon les besoins | Soins et services correspondant aux besoins des patients et des usagers et se fondant sur des normes établies | Connaissances et habiletés d'un individu sont appropriées aux soins et services fournis |
| **Continuité** | **Efficacité** | **Efficience** | **Sécurité** |
| Capacité de fournir des soins et des services ininterrompus et coordonnés entre programmes, praticiens, organismes et niveaux de soins ou de services au fil du temps | Soins et services, intervention ou action produisant les résultats voulus | Résultats voulus sont produits avec l'utilisation des ressources la plus rentable | Risques d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou réduits au minimum |

### *Caractéristiques communautaires et du système de santé*

| |
|---|
| Caractéristiques communautaires et du système de soins de santé qui, bien qu'elles ne soient pas des indicateurs de l'état de santé ou du rendement du système de santé, présentent une information contextuelle utile. |

*Source : Institut canadien d'information sur la santé, Initiative du Carnet de route... Lancer le processus, Ottawa, 1999.*



F2

# Références bibliographiques » » »


Adair, C., E. Simpson, J. Simpson et D. Neal, *Measuring waiting times for intervention in community clinic mental health services: findings from a pilot project*, Edmonton, Provincial Mental Health Advisory Board, 1999.

Andrews, G., W. Hall, M. Teeson et S. Henderson, *The Mental Health of Australians*, Canberra, ministère de la santé et des soins aux aînés de l'Australie, 1999.

Andrews, G., E.M. Goldner, S.V. Parikh et D. Bilsker (dir.), *Management of Mental Disorders*, édition canadienne de Darlinghurst, Australia World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse, 2000.

Andrews, G., C. Issakidis et T. Slade, « The clinical significance of mental disorders », mémoire présenté au National Workshop on Comorbidity, Canberra, Territoire de la capitale de l'Australie, mars 2000.

Ashton, C.M., D.J. DelJunco et J. Souchek, « Early admission to hospital is a valid indicator of low-quality care », *Evidence-Based Health Policy and Management*, vol. 2 (1998), n° 3, p. 70.

Association canadienne pour la santé mentale, *The elements of accountability. New Directions for Mental Health, Technical Paper*, Vancouver, Division de la Colombie-Britannique de l'ACSM, 1995.

Australie, *National mental health report 1997: Changes in Australia's mental health services under the national mental health strategy 1996-97*, Canberra, 1997.

Baker, G.R., N. Brooks, G. Anderson, A. Brown, I. McKillop, M. Murray et G. Pink, « Healthcare performance measurement in Canada: who's doing what? », *Hospital Quarterly*, hiver 1998-1999.

Barker P.R., R.W. Manderscheid, G.E., Henderschot, S.S. Jack et I. Goldstrom, *Serious Mental Illness and Disability in the Adult Household Population*, Hyattsville, National Center for Health Statistics, 1992, publication 92-1250.

Becker, M., « A US experience: consumer responsive quality of life measurement », *Canadian Journal of Community Mental Health*, supplément spécial (1998), n° 3, p. 41-52.

Brugha, T. et F. Lindsay, « Quality of mental health service care: the forgotten pathway from process to outcome », dans G. Thornicroft et M. Tansella (dir.), *Mental Health Outcome Measures*, London, Springer, 1996.

Campbell, J., « Consumerism, outcomes and satisfaction », dans K. Coughlin (dir.), *2000 Behavioral outcomes & guidelines sourcebook*, New York, Faulkner & Gray, 1999.


Références bibliographiques

Canada, Santé Canada et Institut psychiatrique Clarke, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins en santé mentale : document de discussion*, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Canada, Santé Canada, Demande de propositions, *Accountability and performance indicators: mental health systems and supports*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Carne, B., « A consumer perspective », *Canadian Journal of Community Mental Health*, supplément spécial (1998), n° 3, p. 21-28.

Durbin, J., P. Pendergast, C. Dewa, B. Rush et R. Cooke, « Measuring outcome in mental health: an inventory of measures », article soumis en 2000 à la *Revue canadienne de psychiatrie*.

États-Unis, National Advisory Mental Health Council, « Health care reform for Americans with severe mental illness: report of the National Advisory Mental Health Council », *American Journal of Psychiatry*, vol. 150 (1993), p. 1447-1465.

États-Unis, National Institute of Mental Health, *Towards a Model of a Comprehensive Community-based Mental Health System*, Washington, D.C., 1987.

États-Unis, National Institute of Mental Health, *Mental Health: A Report of the U.S. Surgeon General*, Rockville, 1999.

États-Unis, Secretary of Health and Human Services, *Code of Federal Regulations*, 45 CFR, Part 9642, PL-102-321.

Forth, C. et H. Nasir, *Mental health outcomes: a review of the literature*, Edmonton, ministère de la santé de l'Alberta, 1996.

Friedman, M., S. Minden et J. Bartlett, « Mental health report cards », dans K. Coughlin (dir.), *2000 Behavioral outcomes & guidelines sourcebook*, New York, Faulkner & Gray, 1999.

Gill, K.J., C.W. Pratt et L.A. Librera, « The effects of consumer vs. staff administration on the measurement of consumer satisfaction with psychiatric rehabilitation », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 21 (1998), n° 4, p. 365-370.

Glover, G. et E. Kamis-Gould, « Performance indicators in mental health » dans G. Thornicroft et G. Strathedee (dir.), *Commissioning mental health services*, London, HMSO Publication Centre, 1996.

Glover, G., E. Robin, J. Emani et G. Arabscheibani, « A needs index for mental health care », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33 (1998), n° 2, p. 89-96.

Glover, G., le 6 avril 2000, conversation avec les auteurs.

Holcomb, W.R., J.C. Parker, G.B. Leong, J. Thiele et J. Hogdon, « Consumer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients », *Psychiatric Services*, vol. 49 (1999), n° 7, p. 929-934.

Holley, H., « Introduction and workshop findings », *Canadian Journal of Community Mental Health*, supplément spécial (1998), n° 3, p. 9-20.

# Références bibliographiques


Human Services Research Institute, *Mortality can be a powerful performance indicator*, dans la série *Evaluation Fast Facts*, Cambridge, HSRI, 1999.

Institut canadien d'information sur la santé, *Initiative du Carnet de route... Lancer le processus*, Ottawa, 1999.

Institut canadien d'information sur la santé, *Conférence nationale de concertation sur les indicateurs de la santé de la population : Rapport final*, Ottawa, 1999.

Jenkins, R., « Measuring outcomes in mental health: implications for policy », dans G. Thornicroft et M. Tansella (dir.), *Mental Health Outcome Measures*, London, Springer, 1996.

Jenkins, R., « Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning », *Epidemiolia e Psychiatria Sociale*, vol. 7 (1998), n° 2, p. 120-126.

Johnstone, E.C., T.J. Crow, A.L. Johnson et J.F. MacMillan, « The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: 1. Presentation of the illness and problems relating to admission », *British Journal of Psychiatry*, vol. 148 (1986), p. 115-120.

Junek, W. et A.H. Thompson, « Self-regulating service delivery systems: A model for children and youth at risk », *The Journal of Behavioural Health Services & Research*, vol. 26 (1999), p. 64-79.

Kamis-Gould, E. et T. Hadley, *Toolkit: A model of indicators and a report card for the assessment of mental health plans and systems' performance*, Human Services Research Institute, Cambridge, 1996.

Kamis-Gould, E., le 30 mai 2000, conversation avec les auteurs.

Kates, N., M. Craven, J. Bishop, T. Clinton, D. Kraftcheck, K. LeClair, J. Leverette, L. Nash et T. Turner, « Shared mental health care in Canada », encart de la *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 42 (1997), n° 8.

Kessler, R.C., K.A. McGonagle, S. Zhao, C.B. Nelson, M. Hughes, S. Eshleman, H.U. Wittchen et K.S. Kendler, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51 (1994), p. 8-18.

Kessler, R.C., P.A. Berglund, S. Zhao, P.J. Leaf, A.C. Kouzis, M.L. Bruce, R.M. Friedman, R.C. Grosser, C. Kennedy, W.E. Narrow, T.G. Kuhenel, E.M. Laska, R.W. Manderscheid, R.A. Rosenheck, T.W. Sant et M. Schneier, « The 12-month prevalence and c. elates of serious mental illness (SMI) », dans R.W. Manderscheid et M.A. Sonnenschein (dir.), *Mental Health, United States*, Washington D.C., National Institute of Mental Health, 1996, p. 59-70.

Kessler R.C., S. Zhao, S.J. Katz, A.C. Kouzis, R.G. Frank, M. Edlund et P. Leaf, « Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey », *American Journal of Psychiatry*, vol. 156 (1999), n° 1, p. 115-123.

Lehman, A.F., « A quality of life interview for the chronically mentally ill », *Evaluation and program planning*, vol. 11 (1988). p. 51-62.

Loebel, A.D. « Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia », *American Journal of Psychiatry*, vol. 149 (1992), p. 1491-1492.

Lohr, K.N., « Outcome measurement: concepts and questions », *Inquiry*, vol. 25 (1988), p. 37-50.

MacDonald, J.K., S.E.D. Shortt et Queen's University Health Policy Research Unit, *An inventory and analysis of accountability practices in the Canadian health system*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Manderscheid, R., « Assessing performance at the millennium » dans K. Coughlin (dir.), *2000 Behavioral Outcomes & guidelines sourcebook*, New York, Faulkner & Gray, 1999.

McGlashan, T.H. et J.O. Johannessen, « Early detection and intervention with schizophrenia: rationale », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 22 (1996), p. 201-222.

McGorry, P.D. « EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 22 (1996), p. 305-326.

Mental Health Statistics Improvement Program « The MHSIP consumer-oriented mental health report care toolkit » dans K.G. Coughlin (dir.), *2000 Behavioral Outcomes & Guidelines Sourcebook*, New York, Faulkner & Gray, 1999.

National Association of State Mental Health Program Directors, *Performance measures for mental health systems*, Washington, DC, 1998.

Ohio Mental Health Outcomes Task Force, *Vital signs: A statewide approach to measuring consumer outcomes in Ohio's publicly-supported community mental health systems*, Columbus, 1998.

Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, *IAPSRS PSR toolkit users manual: Toolkit for measuring psychosocial rehabilitation outcomes*, Toronto, 1999.

Reid, W., « Promoting accountability and continual improvement: a review of the respective roles of performance measurement, auditing, evaluation, and reporting », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 14 (1999), n° 2, p. 85-104.

Robins, L.N. et D.A. Regier, *Psychiatric Disorders in America*, New York, The Free Press, 1991.

Rose, D., R. Fors, P. Lindley, L. Gawith et KCW Health Monitoring Users' Group, *In our experience: User-focused monitoring of mental health services in Kensington & Chelsea and Westminster Health Authority*, The Sainsbury Centre for Mental Health, London, 1998.

# Références bibliographiques


Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, *Clinical indicators - A user's manual: psychiatry indicators*, Melbourne, 1998.

Royaume-Uni, Audit Commission, *A measure of success: setting and monitoring local performance targets*, Londres, 1999.

Royaume-Uni, National Health Service, *National service frameworks. Modern standards and service models: mental health*, Londres, 1999.

Rugerri, M., M. Leese, G. Thornicroft, G. Bisoffi et M. Tansella, « The definition and prevalence of severe and persistent mental illness », *British Journal of Psychiatry*, sous presse.

Schinnar, A.P., A.B. Rothbard, R. Kanter et Y.S. Jung, « An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness », *American Journal of Psychiatry*, vol. 147 (1990), p. 1602-1608.

Sheldon, T., « Promoting health care quality: what role performance indicators », *Quality in Health Care Services*, vol. 7, supplément S45-49, 1998.

Slade, M., R. Powell et G. Strathdee, « Current approaches to identifying the severely mentally ill », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 32 (1997), p. 177-184.

Slade, M., R. Powell, A. Rosen et G. Strathdee, « Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 35 (2000), p. 78-85

Smith, L.W., « The rise of consumer satisfaction teams » dans K. Coughlin (dir.), *2000 Behavioral Outcomes & Guidelines Sourcebook*, New York, Faulkner & Gray, 1999.

Stewart, P., *The development of a Canadian mental illness and mental health surveillance system: a discussion paper*, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 1999.

Thompson, G., S. Moisey, C. Stewart, Y. Jin, S. Ziolowski et X. Cui, *Monitoring client outcomes in mental health programs*, Edmonton, ministère de la santé de l'Alberta, 1998.

Thornicroft, G., « Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilization », *British Journal of Psychiatry*, vol. 158 (1991), p. 475-484.

Thornicroft, G. et M. Tansella, *The mental health matrix: a manual to improve services*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.